

Prominence Health

Formulario de Prominence N.°1

# PROMINENCE MEDICARE ADVANTAGE

## Formulario 2026 (Lista de medicamentos cubiertos)

**Planes que utilizan este formulario:**
**Plus (HMO) - Northern Nevada, Washoe, Palm Beach, North Texas, South Texas**
**Extra Help (HMO) - Northern Nevada, Washoe, Palm Beach, North Texas, South Texas**
**Dual (HMO DSNP) - Northern Nevada, Washoe, Palm Beach, North Texas, South Texas Giveback (HMO) - Washoe, Palm Beach, North Texas, South Texas**
**Beyond (HMO) - North Texas, South Texas**
**Veteran (HMO) - Northern Nevada, 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: 26436, número de versión: 23*

Este formulario se actualizó el 10/20/2026. Para obtener más información reciente o si tiene otras preguntas, comuníquese con Servicios para miembros de Prominence Health Plan 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.

Y0109_PHPFORM1_26_C

# Prominence Health

# Formulario 2026

# Lista de medicamentos cubiertos o "Lista de medicamentos"

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

26436

Este formulario se actualizó el **10/20/2026**. Si desea información más reciente o tiene otras preguntas, comuníquese con el Servicio para Afiliados del Prominence Health al 833-775-MEDS (6337) o, para usuarios de TTY, 711, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo y de 8 a. m. a 8 p. m, de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre o visite ProminenceMedicare.com.

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

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

Este documento incluye la lista de medicamentos (formulario) de nuestro plan, que está actualizada al **10/20/2026**. Si desea obtener una lista de medicamentos actualizada (formulario), comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto, junto con la fecha en la que actualizamos la lista de medicamentos (formulario) por última vez, aparece en la portada y contraportada.

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

## ¿Qué es el Formulario del Prominence Health?

En este documento, utilizamos los términos lista de medicamentos y formulario para referirnos a lo mismo. Un formulario es una lista de medicamentos cubiertos seleccionados por Prominence Health en consulta con un equipo de proveedores de atención médica, que representan las terapias con receta que se consideran parte necesaria de un programa de tratamiento de calidad. Por lo general cubriremos los medicamentos enumerados en nuestro formulario, siempre y cuando el medicamento sea médicamente necesario, que una farmacia de la red de Prominence surta la receta y que se cumplan otras reglas del plan. Para obtener más información sobre cómo surtir sus recetas, revise su Evidencia de cobertura.

Para obtener una lista completa de todos los medicamentos con receta cubiertos por Prominence Health, visite nuestro sitio web o llámenos. Nuestra información de contacto, junto con la fecha en la que actualizamos el formulario por última vez, aparece en la portada y contraportada.

# ¿Puede cambiar el formulario?

El 1 de enero se producen la mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos, pero es posible que agreguemos o eliminemos medicamentos del formulario, que los trasladamos 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 esta cambiando. Para obtener más información, consulte la sección "¿Cómo solicito una excepción al formulario de Prominence Health?

  Algunos de estos tipos de medicamentos pueden ser nuevos para usted. Para obtener más información, consulte la sección titulada "¿Qué son los productos biológicos originales y cómo se relacionan con los biosimilares?"
- **Medicamentos retirados del mercado.** Si un medicamento es retirado de la venta por el fabricante o si la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (Food and Drug Administration, FDA) determina que es retirado por razones de seguridad o eficacia, es posible que retiremos inmediatamente el medicamento de nuestro formulario y posteriormente proporcionemos un aviso a los afiliados que toman el medicamento.

- **Otros cambios.** Es posible que realicemos otros cambios que afecten a los afiliados que actualmente toman un medicamento. Por ejemplo, podemos agregar un nuevo medicamento genérico para reemplazar uno de marca que actualmente se encuentra en el formulario o agregar un nuevo biosimilar para reemplazar un producto biológico original que actualmente se

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

Si realizamos estos otros cambios, usted o el médico tratante pueden solicitar que hagamos una excepción y que continuemos cubriendo el medicamento que ha estado tomando. El aviso que le proporcionamos también incluirá información sobre cómo solicitar una excepción, y también puede encontrar información en la sección a continuación titulada "¿Cómo solicito una excepción al Formulario del Prominence Health?"

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

El formulario adjunto está actualizado a partir del **10/20/2026**. Para obtener información actualizada sobre los medicamentos cubiertos por Prominence, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto aparece en la portada y contraportada. Si se produce un cambio al formulario a mediados del año que no sea de mantenimiento, actualizaremos los formularios impresos con una hoja de erratas.

# ¿Cómo uso este formulario?

Existen dos formas de encontrar su medicamento en el formulario:

## Afección médica

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

## Lista por orden alfabético

Si no está seguro en qué categoría debe buscar, busque su medicamento en el índice que comienza en la **página 94**. El Índice proporciona una lista alfabética de todos los medicamentos incluidos en este documento. Tanto los medicamentos de marca como los genéricos aparecen en este índice. Busque en el Índice y busque su medicamento. Junto al medicamento, verá el número de la página donde encontrará información sobre la cobertura. Consulte la página que figura en el Índice y busque el nombre del medicamento en la primera columna de la lista.

# ¿Qué son los medicamentos genéricos?

Prominence Health cubre tanto los medicamentos de marca como los genéricos. Los medicamentos genéricos están aprobados por la FDA por tener el mismo principio activo que el medicamento de marca. Por lo general, los medicamentos genéricos funcionan tan bien como el medicamento de marca y suelen costar menos. Existen sustitutos de medicamentos genéricos disponibles para muchos medicamentos de marca. Los medicamentos genéricos, por lo general, se pueden sustituir por el medicamento de marca en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, según las leyes estatales.

# ¿Qué son los productos biológicos originales y cómo se relacionan con los biosimilares?

En el formulario, cuando nos referimos a medicamentos, podemos referirnos a un medicamento o a un producto biológico. Los productos biológicos son medicamentos que son más complejos que los medicamentos típicos. Dado que los productos biológicos son más complejos que los medicamentos típicos, en lugar de tener un genérico, estos tienen alternativas denominadas biosimilares. Por lo general, los biosimilares funcionan tan bien como el producto biológico original y pueden costar menos. Existen alternativas biosimilares para algunos productos biológicos originales. Algunos biosimilares son biosimilares intercambiables y, dependiendo de las leyes estatales, pueden ser sustituidos por el producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, al igual que los medicamentos genéricos pueden ser sustituidos por los de marca.

Para información sobre los tipos de medicamentos, consulte la Evidencia de Cobertura, Capítulo 5, de la Sección 3.1, "La Lista de Medicamentos" indica qué medicamentos de la Parte D están cubiertos.

# ¿Hay alguna restricción en mi cobertura?

Algunos medicamentos cubiertos pueden tener límites o requisitos adicionales en la cobertura. Estos requisitos y límites incluyen:

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

uno o tres meses.

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

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

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

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

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

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

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

# ¿Cómo solicito una excepción al Formulario del Prominence Health?

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

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

para ciertos medicamentos, Prominence Health Plan limita la cantidad de medicamento que cubriremos. Si su medicamento tiene un límite de cantidad, puede solicitarnos que eximamos dicho límite y cubramos una mayor cantidad.
- Puede solicitarnos que cubramos un medicamento del formulario a un nivel más bajo de costos compartidos, a menos que dicho medicamento se encuentre en el nivel de especialidad. De ser aprobado, esto reduciría el monto que usted debe pagar por su medicamento.

Por lo general, Prominence Health aprobará su solicitud de excepción únicamente si los medicamentos alternativos incluidos en el formulario del plan, los medicamentos de menor costo compartido o la aplicación de la restricción no serían tan efectivos para usted y/o le causarían efectos adversos.

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

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

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

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

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

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

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

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

# Para obtener información adicional

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

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

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

# Formulario de Prominence Health Plan

El siguiente formulario, que comienza en la siguiente página, proporciona información sobre la cobertura de los medicamentos cubiertos por Prominence Health Plan. Si tiene problemas para encontrar su medicamento en la lista, consulte el índice que comienza en la **página 94**.

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

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

- **PA BvD: restricción de autorización previa para la determinación de la Parte B frente a la Parte D**. Este medicamento con receta tiene un requisito de autorización previa administrativa de la Parte B frente a la Parte D. Este medicamento puede estar cubierto por la Parte B o la Parte D de Medicare dependiendo de las circunstancias. Es posible que deba enviarse información que describa el uso y los parámetros de uso del medicamento para tomar una decisión.
- **QL: Límites de cantidad:** Para ciertos medicamentos, Prominence Health Plan limita la cantidad de medicamento que cubriremos. Por ejemplo, Prominence Health Plan proporciona doce comprimidos de succinato de sumatriptán por receta. Esto puede ser adicional al suministro estándar para uno o tres meses.
- **Tratamiento escalonado:** En algunos casos, Prominence Health Plan requiere que primero pruebe ciertos medicamentos para tratar su afección médica antes de que brindemos cobertura de otro medicamento para dicha afección. Por ejemplo, si tanto el

medicamento A como el medicamento B tratan su afección médica es posible que no cubramos el medicamento B a menos que haya intentado el medicamento A primero. Si el medicamento A no le funciona, cubriremos el medicamento B.

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

## Abreviaturas de Formas de Dosificación y Rutas de Administración

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

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

**Tabla de Contenido**

**ANALGÉSICOS** ..... 14
**ANESTÉSICOS** ..... 16
**AGENTES CONTRA LA ADICCIÓN/TRATAMIENTO DE ABUSO DE SUSTANCIAS** ..... 16
**ANTIBACTERIANOS** ..... 17
**ANTICONVULSIVOS** ..... 22
**AGENTES ANTIDEMENCIA** ..... 26
**ANTIDEPRESIVOS** ..... 26
**ANTIEMÉTICOS** ..... 29
**ANTIFUNGALES** ..... 30
**AGENTES CONTRA LA GOTA** ..... 31
**AGENTES ANTIMIGRAÑA** ..... 31
**AGENTES ANTIMIASTÉNICOS** ..... 32
**ANTIMICOBACTERIANOS** ..... 32
**ANTINEOPLÁSICOS** ..... 33
**ANTIPARASITARIOS** ..... 40
**AGENTES ANTIPARKINSON** ..... 41
**ANTIPSICÓTICOS** ..... 42
**AGENTES CONTRA LA ESPASTICIDAD** ..... 45
**ANTIVIRALES** ..... 45
**ANSIOLÍTICOS** ..... 48
**AGENTES PARA BIPOLARIDAD** ..... 48
**REGULADORES DE GLUCOSA EN SANGRE** ..... 49
**PRODUCTOS PARA LA SANGRE Y MODIFICADORES** ..... 52
**PRODUCTOS PARA LA SANGRE/MODIFICADORES/EXPANSORES DE VOLUMEN** ..... 52
**AGENTES CARDIOVASCULARES** ..... 54
**AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL** ..... 61
**AGENTES DENTALES Y ORALES** ..... 63
**AGENTES DERMATOLÓGICOS** ..... 63
**ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS** ..... 65
**AGENTES GASTROINTESTINALES** ..... 68
**DESORDEN GENÉTICO O ENZIMÁTICO: REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO** ..... 69
**DESORDEN GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO** ..... 70
**AGENTES GENITOURINARIOS** ..... 70
**AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/REEMPLAZO/MODIFICADOR (ADRENALES)** ..... 71

**AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/REEMPLAZO/MODIFICADOR (PITUITARIA)**.....73
**AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/REEMPLAZO/MODIFICADOR (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)**.....73
**AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/REEMPLAZO/MODIFICADOR (TIROIDES)**.....79
**AGENTES HORMONALES, SUPRESORES (PITUITARIA)**.....79
**AGENTES HORMONALES, SUPRESORES (TIROIDE)**.....80
**AGENTES INMUNOLÓGICOS**.....80
**AGENTES PARA LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA DEL INTESTINO**.....85
**AGENTES PARA LA ENFERMEDAD METABÓLICA DEL HUESO**.....86
**AGENTES OFTÁLMICOS**.....86
**AGENTES ÓTICOS**.....88
**AGENTES PARA EL TRACTO RESPIRATORIO/PULMONAR**.....89
**RELAJANTES MUSCULOESQUELÉTICOS**.....92
**AGENTES PARA DESÓRDENES DEL SUEÑO**.....92

| Nombre del Medicamento | Nivel | Nombre de Referencia | Requisitos/Límites[1] |
|---|---|---|---|
| CATEGORÍA TERAPÉUTICA | | | |
| Clase Terapéutica | | | |
| **ANALGÉSICOS** | | | |
| **Analgésicos (Productos en Combinación)** | | | |
| *acetaminophen-codeine 120-12 mg/5ml soln* | 1 | TYLENOL WITH CODEINE | QL(4500 / 30) |
| *acetaminophen-codeine 300-60 mg tab* | 2 | TYLENOL WITH CODEINE | QL(180 / 30) |
| *acetaminophen-codeine 300-15 mg tab, 300-30 mg tab* | 2 | TYLENOL WITH CODEINE | QL(360 / 30) |
| *butalbital-apap-caffeine 50-325-40 mg tab* | 2 | ESGIC | QL(180 / 30), HR |
| *butalbital-aspirin-caffeine 50-325-40 mg cap* | 4 | FIORINAL | QL(180 / 30), HR |
| *hydrocodone-acetaminophen 7.5-325 mg/15ml soln* | 4 | HYCET | QL(2700 / 30) |
| *hydrocodone-acetaminophen 10-325 mg tab, 7.5-325 mg tab* | 2 | NORCO | QL(180 / 30) |
| *hydrocodone-acetaminophen 5-325 mg tab* | 2 | NORCO | QL(240 / 30) |
| *hydrocodone-ibuprofen 7.5-200 mg tab* | 2 | VICOPROFEN | QL(150 / 30) |
| *oxycodone-acetaminophen 10-325 mg tab* | 2 | PERCOCET | QL(180 / 30) |
| *oxycodone-acetaminophen 7.5-325 mg tab* | 2 | PERCOCET | QL(240 / 30) |
| *oxycodone-acetaminophen 2.5-325 mg tab, 5-325 mg tab* | 2 | PERCOCET | QL(360 / 30) |
| *tramadol-acetaminophen 37.5-325 mg tab* | 2 | ULTRACET | QL(300 / 30) |
| **Medicamentos Antiinflamatorios No-Esteroidales** | | | |
| *celecoxib 100 mg cap, 200 mg cap, 50 mg cap* | 2 | CELEBREX | QL(60 / 30) |
| *diclofenac epolamine 1.3 % Topical Patch* | 4 | FLECTOR | PA, QL(60 / 30) |
| *diclofenac potassium 50 mg tab* | 2 | CATAFLAM | QL(120 / 30) |
| *diclofenac sodium 1.5 % Topical Solution* | 2 | PENNSAID | QL(300 / 30) |
| *diclofenac sodium 2 % Topical Solution* | 5 | PENNSAID | PA, QL(224 / 28) |
| *diclofenac sodium 75 mg tab dr* | 2 | VOLTAREN | QL(60 / 30) |
| *diclofenac sodium 50 mg tab dr* | 2 | VOLTAREN | QL(120 / 30) |
| *diclofenac sodium 25 mg tab dr* | 2 | VOLTAREN | QL(150 / 30) |
| *diclofenac sodium 1 % Topical Gel* | 2 | VOLTAREN | QL(1000 / 30) |
| *diclofenac sodium er 100 mg tab er 24 hr* | 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] |
|---|---|---|---|
| *etodolac 200 mg cap, 300 mg cap, 400 mg tab, 500 mg tab* | 4 | LODINE | |
| *flurbiprofen 100 mg tab* | 2 | ANSAID | |
| *goodsense arthritis pain 1 % Topical Gel* | 2 | VOLTAREN | QL(1000 / 30) |
| *ibu 400 mg tab, 600 mg tab, 800 mg tab* | 1 | MOTRIN | |
| *ibuprofen 400 mg tab, 600 mg tab, 800 mg tab* | 1 | MOTRIN | |
| *ibuprofen 100 mg/5ml susp* | 2 | MOTRIN CHILDRENS | |
| *indomethacin 50 mg cap* | 1 | INDOCIN | QL(120 / 30), HR |
| *indomethacin 25 mg cap* | 1 | INDOCIN | QL(240 / 30), HR |
| *ketorolac tromethamine 10 mg tab* | 2 | TORADOL | QL(20 / 30), HR |
| *mefenamic acid 250 mg cap* | 4 | PONSTEL | |
| *meloxicam 15 mg tab, 7.5 mg tab* | 1 | MOBIC | |
| *nabumetone 500 mg tab, 750 mg tab* | 2 | RELAFEN | |
| *naproxen 250 mg tab, 375 mg tab, 500 mg tab* | 1 | NAPROSYN | |
| *naproxen 375 mg tab dr* | 2 | NAPROSYN | |
| *naproxen dr 500 mg tab dr* | 2 | NAPROSYN | |
| *sulindac 150 mg tab, 200 mg tab* | 2 | CLINORIL | |
| **Analgésicos Opiodes, Larga Duración** | | | |
| *codeine sulfate 30 mg tab, 60 mg tab* | 2 | | QL(180 / 30) |
| *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* | 2 | DURAGESIC | QL(10 / 30) |
| *fentanyl 100 mcg/hr td patch 72 hr* | 3 | DURAGESIC | QL(10 / 30) |
| *fentanyl citrate 200 mcg bucc lozg on hd* | 3 | ACTIQ | PA, QL(120 / 30) |
| *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* | 5 | ACTIQ | PA, QL(120 / 30) |
| *hydromorphone hcl 2 mg tab, 4 mg tab, 8 mg tab* | 2 | DILAUDID | QL(180 / 30) |
| *hydromorphone hcl 1 mg/ml liq* | 2 | DILAUDID | QL(1200 / 30) |
| *hydromorphone hcl pf 10 mg/ml inj soln, 50 mg/5ml inj soln, 500 mg/50ml inj soln* | 2 | DILAUDID | |
| *methadone hcl 5 mg/5ml soln* | 2 | | QL(1200 / 30) |
| *methadone hcl 10 mg tab* | 2 | DOLOPHINE | QL(120 / 30) |
| *methadone hcl 5 mg tab* | 2 | DOLOPHINE | QL(180 / 30) |
| *methadone hcl 10 mg/5ml soln* | 2 | DOLOPHINE | QL(600 / 30) |
| *morphine sulfate er 100 mg tab er, 200 mg tab er, 60 mg tab er* | 2 | MS CONTIN | 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] |
|---|---|---|---|
| *morphine sulfate er 15 mg tab er, 30 mg tab er* | 2 | MS CONTIN | QL(90 / 30) |
| *oxycodone hcl 15 mg tab, 20 mg tab, 30 mg tab* | 2 | ROXICODONE | QL(120 / 30) |
| *oxycodone hcl 10 mg tab, 5 mg tab* | 2 | ROXICODONE | QL(180 / 30) |
| *oxycodone hcl 5 mg/5ml soln* | 4 | ROXICODONE | QL(1300 / 30) |
| *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* | 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** | | | |
| *morphine sulfate 20 mg/5ml soln* | 2 | | QL(300 / 30) |
| *morphine sulfate 10 mg/5ml soln* | 2 | | QL(700 / 30) |
| *morphine sulfate 30 mg tab* | 4 | | QL(120 / 30) |
| *morphine sulfate 15 mg tab* | 4 | | QL(180 / 30) |
| *morphine sulfate (concentrate) 100 mg/5ml soln* | 2 | ROXANOL | PA, QL(180 / 30) |
| *tramadol hcl 50 mg tab* | 1 | ULTRAM | QL(240 / 30) |
| **ANESTÉSICOS** | | | |
| **Anestésicos Locales** | | | |
| *glydo 2 % Topical Prefilled Syringe* | 2 | GLYDO | QL(30 / 30) |
| *lidocaine 5 % Topical Ointment* | 4 | | PA^,QL(90 / 30) |
| *lidocaine 5 % Topical Patch* | 2 | LIDODERM | PA^,QL(90 / 30) |
| *lidocaine hcl 1 % inj soln* | 1 | XYLOCAINE | |
| *lidocaine hcl 4 % Topical Solution* | 2 | XYLOCAINE | PA^ |
| *lidocaine viscous hcl 2 % m/t soln* | 2 | XYLOCAINE | |
| *lidocaine-prilocaine 2.5-2.5 % Topical Cream* | 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** | | | |
| *acamprosate calcium 333 mg tab dr* | 3 | CAMPRAL | |
| *disulfiram 250 mg tab, 500 mg tab* | 2 | ANTABUSE | |
| **Dependencia de Opioides** | | | |
| *lofexidine hcl 0.18 mg tab* | 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] |
|---|---|---|---|
| *buprenorphine hcl 2 mg tab subl, 8 mg tab subl* | 2 | SUBUTEX | |
| *buprenorphine hcl-naloxone hcl 2-0.5 mg tab subl, 8-2 mg tab subl* | 2 | SUBOXONE | |
| *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* | 4 | SUBOXONE | |
| *naltrexone hcl 50 mg tab* | 2 | REVIA | |
| **Agentes para la Reversión de Opioides** | | | |
| KLOXXADO 8 mg/0.1ml nasal liq | 3 | | QL(4 / 30) |
| *naloxone hcl 0.4 mg/ml inj soln pfs* | 2 | | |
| *naloxone hcl 0.4 mg/ml inj soln, 0.4 mg/ml inj soln cart, 2 mg/2ml inj soln pfs* | 2 | NARCAN | |
| *naloxone hcl 4 mg/0.1ml nasal liq* | 3 | NARCAN | QL(4 / 30) |
| NARCAN 4 mg/0.1ml nasal liq | 3 | | QL(4 / 30) |
| OPVEE 2.7 mg/0.1ml nasal soln | 3 | | |
| **Agentes para la Cesación de Fumar** | | | |
| *bupropion hcl 100 mg tab, 75 mg tab* | 2 | WELLBUTRIN | |
| *bupropion hcl er (smoking det) 150 mg tab er 12 hr* | 2 | ZYBAN | |
| *bupropion hcl er (sr) 100 mg tab er 12 hr, 150 mg tab er 12 hr, 200 mg tab er 12 hr* | 2 | WELLBUTRIN SR | |
| *bupropion hcl er (xl) 450 mg tab er 24 hr* | 2 | FORFIVO XL | |
| *bupropion hcl er (xl) 150 mg tab er 24 hr, 300 mg tab er 24 hr* | 2 | WELLBUTRIN XL | |
| NICOTROL NS 10 mg/ml nasal soln | 3 | | |
| *varenicline tartrate 0.5 mg tab, 1 mg tab* | 2 | CHANTIX | QL(336 / 365) |
| *varenicline tartrate (starter) 0.5 MG X 11 & 1 mg x 42 tab pack* | 2 | CHANTIX | |
| *varenicline tartrate(continue) 1 mg tab* | 2 | CHANTIX | QL(336 / 365) |
| **ANTIBACTERIANOS** | | | |
| **Aminoglucósidos** | | | |
| *amikacin sulfate 1 gm/4ml inj soln* | 4 | | PA |
| *amikacin sulfate 500 mg/2ml inj soln* | 4 | AMIKIN | PA |
| *gentamicin sulfate 0.3 % ophth soln* | 1 | GARAMYCIN | |
| *gentamicin sulfate 0.1 % Topical Cream, 0.1 % Topical Ointment* | 2 | GARAMYCIN | QL(120 / 30) |
| *gentamicin sulfate 40 mg/ml inj soln* | 2 | GENTAK | |
| *neomycin sulfate 500 mg tab* | 2 | | |
| *streptomycin sulfate 1 gm im soln* | 5 | | |
| *tobramycin 0.3 % ophth soln* | 2 | TOBREX | |
| *tobramycin sulfate 80 mg/2ml inj soln* | 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] |
|---|---|---|---|
| **Antibacterianos (Productos en Combinación)** | | | |
| *ampicillin-sulbactam sodium 1.5 (1-0.5) gm inj soln, 15 (10-5) gm iv soln, 3 (2-1) gm inj soln* | 3 | UNASYN | |
| *imipenem-cilastatin 250 mg iv soln, 500 mg iv soln* | 3 | PRIMAXIN | |
| *piperacillin sod-tazobactam so 2.25 (2-0.25) gm iv soln* | 3 | | |
| *piperacillin sod-tazobactam so 3.375 (3-0.375) gm iv soln, 4.5 (4-0.5) gm iv soln* | 3 | ZOSYN | |
| *piperacillin sod-tazobactam so 40.5 (36-4.5) gm iv soln* | 4 | ZOSYN | |
| **Antibacterianos, Otros** | | | |
| *acetic acid 2 % otic soln* | 2 | VOSOL | |
| *alcohol preps pad* | 1 | | |
| *clindamycin hcl 150 mg cap, 300 mg cap, 75 mg cap* | 1 | CLEOCIN | |
| *clindamycin phosphate 2 % vag crm* | 2 | CLEOCIN | |
| *clindamycin phosphate 300 mg/2ml inj soln, 600 mg/4ml inj soln, 9 gm/60ml inj soln, 900 mg/6ml inj soln* | 2 | CLEOCIN | |
| *clindamycin phosphate 1 % Topical Swab* | 2 | CLEOCIN-T | |
| *clindamycin phosphate 1 % Topical Solution* | 2 | CLEOCIN-T | QL(180 / 30) |
| *clindamycin phosphate in d5w 300 mg/50ml iv soln* | 2 | CLEOCIN | |
| *colistimethate sodium (cba) 150 mg inj soln* | 5 | COLY-MYCIN | PA(*) |
| *cvs isopropyl alcohol wipes 70 % Topical Miscellaneous* | 1 | | |
| *daptomycin 500 mg iv soln* | 5 | CUBICIN | |
| *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* | 5 | | |
| *fosfomycin tromethamine 3 gm pckt* | 2 | MONUROL | |
| *linezolid 600 mg tab* | 2 | ZYVOX | |
| *linezolid 600 mg/300ml iv soln* | 3 | ZYVOX | |
| *linezolid 100 mg/5ml susp* | 5 | ZYVOX | |
| LIVTENCITY 200 mg tab | 5 | | PA |
| *methenamine hippurate 1 gm tab* | 2 | HIPREX | |
| *metronidazole 250 mg tab, 500 mg tab* | 1 | FLAGYL | |
| *metronidazole 500 mg/100ml iv soln* | 2 | FLAGYL | |
| *metronidazole 0.75 % Topical Cream* | 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] |
|---|---|---|---|
| *metronidazole 0.75 % Topical Gel, 0.75 % vag gel* | 2 | METROGEL | |
| *metronidazole 1 % Topical Gel* | 4 | METROGEL | |
| *metronidazole 0.75 % Topical Lotion* | 4 | METROLOTION | |
| *mupirocin 2 % Topical Ointment* | 1 | BACTROBAN | QL(220 / 30) |
| *nitrofurantoin macrocrystal 100 mg cap, 50 mg cap* | 2 | MACRODANTIN | QL(120 / 30), HR |
| *nitrofurantoin macrocrystal 25 mg cap* | 4 | MACRODANTIN | QL(120 / 30), HR |
| *nitrofurantoin monohyd macro 100 mg cap* | 2 | MACROBID | QL(60 / 30), HR |
| *polymyxin b sulfate 500000 unit inj soln* | 2 | | |
| *tigecycline 50 mg iv soln* | 4 | TYGACIL | |
| *tinidazole 250 mg tab, 500 mg tab* | 2 | TINDAMAX | |
| *trimethoprim 100 mg tab* | 1 | PROLOPRIM | |
| *vancomycin hcl 1 gm iv soln, 750 mg iv soln* | 2 | | |
| *vancomycin hcl 25 mg/ml soln* | 4 | | |
| *vancomycin hcl 10 gm iv soln, 500 mg iv soln* | 2 | VANCOCIN | |
| *vancomycin hcl 125 mg cap* | 4 | VANCOCIN | QL(56 / 14) |
| *vancomycin hcl 250 mg cap* | 4 | VANCOCIN | QL(112 / 14) |
| XDEMVY 0.25 % ophth soln | 5 | | PANSO |
| XIFAXAN 200 mg tab | 4 | | PA, QL(9 / 30) |
| XIFAXAN 550 mg tab | 5 | | PA, QL(90 / 30) |
| **Beta-Lactámicos, Cefalosporinas** | | | |
| *cefaclor 250 mg cap, 500 mg cap* | 2 | CECLOR | |
| *cefaclor 250 mg/5ml susp* | 4 | CECLOR | |
| *cefadroxil 500 mg cap* | 2 | DURICEF | |
| *cefadroxil 250 mg/5ml susp, 500 mg/5ml susp* | 2 | DURICEF | |
| *cefazolin sodium 3 gm iv soln* | 2 | | |
| *cefazolin sodium 1 gm inj soln, 10 gm inj soln, 500 mg inj soln* | 2 | ANCEF | |
| *cefdinir 300 mg cap* | 2 | OMNICEF | |
| *cefdinir 125 mg/5ml susp, 250 mg/5ml susp* | 4 | OMNICEF | |
| *cefepime hcl 1 gm inj soln, 2 gm iv soln* | 3 | MAXIPIME | |
| *cefixime 400 mg cap* | 4 | SUPRAX | |
| *cefoxitin sodium 10 gm iv soln* | 4 | | |
| *cefoxitin sodium 1 gm iv soln, 2 gm iv soln* | 4 | MEFOXIN | |
| *cefpodoxime proxetil 100 mg tab, 200 mg tab* | 2 | VANTIN | |
| *cefpodoxime proxetil 100 mg/5ml susp, 50 mg/5ml susp* | 4 | VANTIN | |
| *cefprozil 250 mg tab, 500 mg tab* | 2 | CEFZIL | |

[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] |
|---|---|---|---|
| *cefprozil 125 mg/5ml susp, 250 mg/5ml susp* | 2 | CEFZIL | |
| *ceftaroline fosamil 400 mg iv soln, 600 mg iv soln* | 5 | | |
| *ceftazidime 2 gm iv soln* | 2 | | |
| *ceftazidime 1 gm inj soln, 6 gm inj soln* | 2 | FORTAZ | |
| *ceftriaxone sodium 1 gm inj soln, 10 gm iv soln, 2 gm inj soln, 250 mg inj soln, 500 mg inj soln* | 2 | ROCEPHIN | |
| *cefuroxime axetil 250 mg tab, 500 mg tab* | 2 | CEFTIN | |
| *cefuroxime sodium 1.5 gm iv soln, 750 mg inj soln* | 2 | ZINACEF | |
| *cephalexin 250 mg cap, 500 mg cap* | 1 | KEFLEX | |
| *cephalexin 125 mg/5ml susp, 250 mg/5ml susp* | 2 | KEFLEX | |
| **Beta-Lactámicos, Otros** | | | |
| *aztreonam 1 gm inj soln* | 3 | AZACTAM | |
| EMBLAVEO 1.5-0.5 gm iv soln | 4 | | |
| *ertapenem sodium 1 gm inj soln* | 4 | INVANZ | |
| *meropenem 2 gm iv soln* | 2 | | |
| *meropenem 1 gm iv soln, 500 mg iv soln* | 2 | MERREM | |
| **Beta-Lactámicos, Penicilinas** | | | |
| *amoxicillin 250 mg cap, 500 mg cap, 500 mg tab, 875 mg tab* | 1 | AMOXIL | |
| *amoxicillin 125 mg/5ml susp, 200 mg/5ml susp, 250 mg/5ml susp, 400 mg/5ml susp* | 1 | AMOXIL | |
| *amoxicillin 125 mg tab chew, 250 mg tab chew* | 2 | AMOXIL | |
| *amoxicillin-pot clavulanate 500-125 mg tab, 875-125 mg tab* | 1 | AUGMENTIN | |
| *amoxicillin-pot clavulanate 200-28.5 mg tab chew, 400-57 mg tab chew* | 4 | AUGMENTIN | |
| *amoxicillin-pot clavulanate 200-28.5 mg/5ml susp, 400-57 mg/5ml susp, 600-42.9 mg/5ml susp* | 4 | AUGMENTIN | |
| *ampicillin 500 mg cap* | 2 | | |
| *ampicillin sodium 10 gm iv soln, 2 gm inj soln* | 3 | | |
| *ampicillin sodium 1 gm inj soln* | 3 | TOTACILLIN-N | |
| BICILLIN L-A 1200000 unit/2ml im susp pfs, 2400000 unit/4ml im susp pfs, 600000 unit/ml im susp pfs | 4 | | |

[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] |
|---|---|---|---|
| *dicloxacillin sodium 250 mg cap, 500 mg cap* | 2 | DYCILL | |
| EXTENCILLINE 1200000 unit im susp, 2400000 unit im susp | 4 | | |
| *nafcillin sodium 2 gm inj soln* | 2 | | |
| *nafcillin sodium 10 gm iv soln* | 5 | | |
| *nafcillin sodium 1 gm inj soln* | 2 | NALLPEN | |
| *penicillin g potassium 20000000 unit inj soln* | 4 | PFIZERPEN | |
| *penicillin v potassium 500 mg tab* | 1 | PEN-VEE K | |
| *penicillin v potassium 250 mg tab* | 1 | VEETIDS | |
| *penicillin v potassium 125 mg/5ml soln, 250 mg/5ml soln* | 2 | VEETIDS | |
| *pfizerpen 5000000 unit inj soln* | 4 | PFIZERPEN | |
| **Macrólidos** | | | |
| *azithromycin 250 mg tab, 500 mg tab* | 1 | ZITHROMAX | |
| *azithromycin 500 mg iv soln, 600 mg tab* | 2 | ZITHROMAX | |
| *azithromycin 100 mg/5ml susp, 200 mg/5ml susp* | 4 | ZITHROMAX | |
| *clarithromycin 250 mg tab, 500 mg tab* | 2 | BIAXIN | |
| *clarithromycin 125 mg/5ml susp, 250 mg/5ml susp* | 4 | BIAXIN | |
| DIFICID 40 mg/ml susp | 5 | | QL(136 / 10) |
| *ery 2 % Topical Pad* | 2 | | |
| *erythromycin 2 % Topical Solution* | 2 | ERYDERM | QL(180 / 30) |
| *erythromycin 2 % Topical Gel* | 4 | ERYGEL | QL(180 / 30) |
| *erythromycin 5 mg/gm ophth oint* | 2 | ILOTYCIN | QL(3.5 / 4) |
| *erythromycin base 250 mg tab* | 4 | | |
| *erythromycin base 500 mg tab* | 4 | ERY-TAB | |
| *erythromycin ethylsuccinate 200 mg/5ml susp, 400 mg/5ml susp* | 4 | ERYPED | |
| *fidaxomicin 200 mg tab* | 5 | | QL(20 / 10) |
| *moxifloxacin hcl 0.5 % ophth soln* | 2 | VIGAMOX | |
| **Quinolonas** | | | |
| BAXDELA 450 mg tab | 5 | | PA, QL(28 / 14) |
| *ciprofloxacin hcl 0.3 % ophth soln* | 2 | CILOXAN | |
| *ciprofloxacin hcl 250 mg tab, 500 mg tab, 750 mg tab* | 1 | CIPRO | |
| *ciprofloxacin in d5w 200 mg/100ml iv soln* | 2 | CIPRO | |
| *levofloxacin 250 mg tab, 500 mg tab, 750 mg tab* | 1 | LEVAQUIN | |
| *levofloxacin 25 mg/ml iv soln, 25 mg/ml soln* | 4 | LEVAQUIN | |

[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] |
|---|---|---|---|
| *levofloxacin in d5w 500 mg/100ml iv soln, 750 mg/150ml iv soln* | 2 | LEVAQUIN | |
| *moxifloxacin hcl 400 mg tab* | 4 | AVELOX | |
| *moxifloxacin hcl in nacl 400 mg/250ml iv soln* | 2 | AVELOX | |
| *ofloxacin 0.3 % otic soln* | 2 | FLOXIN | |
| *ofloxacin 0.3 % ophth soln* | 2 | OCUFLOX | |
| **Sulfonamidas** | | | |
| *silver sulfadiazine 1 % Topical Cream* | 2 | SILVADENE | |
| *ssd 1 % Topical Cream* | 4 | SILVADENE | |
| *sulfacetamide sodium 10 % ophth soln* | 2 | BLEPH-10 | |
| *sulfacetamide sodium (acne) 10 % Topical Lotion* | 4 | KLARON | |
| *sulfadiazine 500 mg tab* | 3 | | |
| *sulfamethoxazole-trimethoprim 400-80 mg tab, 800-160 mg tab* | 1 | SEPTRA | |
| *sulfamethoxazole-trimethoprim 200-40 mg/5ml susp* | 4 | SEPTRA | |
| *sulfatrim pediatric 200-40 mg/5ml susp* | 4 | SEPTRA | |
| **Tetraciclinas** | | | |
| *doxycycline hyclate 100 mg iv soln* | 3 | DOXY | |
| *doxycycline hyclate 20 mg tab* | 2 | PERIOSTAT | |
| *doxycycline hyclate 100 mg tab* | 2 | VIBRA-TABS | |
| *doxycycline hyclate 100 mg cap, 50 mg cap* | 2 | VIBRAMYCIN | |
| *doxycycline monohydrate 100 mg tab, 50 mg tab* | 2 | ADOXA | |
| *doxycycline monohydrate 100 mg cap, 50 mg cap* | 2 | MONODOX | |
| *doxycycline monohydrate 25 mg/5ml susp* | 2 | VIBRAMYCIN | |
| *minocycline hcl 100 mg cap, 50 mg cap, 75 mg cap* | 2 | MINOCIN | |
| *mondoxyne nl 100 mg cap* | 2 | MONODOX | QL(60 / 30) |
| *tetracycline hcl 250 mg cap, 250 mg tab, 500 mg cap, 500 mg tab* | 4 | | |
| **ANTICONVULSIVOS** | | | |
| **Anticonvulsivos, Otros** | | | |
| *brivaracetam 10 mg tab, 100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab, 75 mg tab* | 2 | | QL(60 / 30) |
| *brivaracetam 10 mg/ml soln* | 2 | | QL(600 / 30) |
| 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 |
| *levetiracetam 250 mg tab disint sol* | 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] |
|---|---|---|---|
| *levetiracetam 250 mg tab disint sol, 500 mg tab disint sol* | 2 | | QL(120 / 30), ST |
| *levetiracetam 1000 mg tab, 250 mg tab, 500 mg tab, 750 mg tab* | 2 | KEPPRA | |
| *levetiracetam 100 mg/ml soln* | 2 | KEPPRA | |
| *levetiracetam er 500 mg tab er 24 hr, 750 mg tab er 24 hr* | 2 | KEPPRA XR | |
| NAYZILAM 5 mg/0.1ml nasal soln | 4 | | QL(10 / 30) |
| SPRITAM 1000 mg tab disint sol | 4 | | QL(60 / 30), ST |
| SPRITAM 250 mg tab disint sol, 500 mg tab disint sol, 750 mg tab disint sol | 4 | | QL(120 / 30), ST |
| **Agentes Modificadores de los Canales de Calcio** | | | |
| CELONTIN 300 mg cap | 4 | | |
| *ethosuximide 250 mg/5ml soln* | 2 | ZARONTIN | |
| *ethosuximide 250 mg cap* | 3 | ZARONTIN | |
| *methsuximide 300 mg cap* | 2 | | |
| *pregabalin 225 mg cap, 300 mg cap* | 2 | LYRICA | QL(60 / 30) |
| *pregabalin 100 mg cap, 150 mg cap, 200 mg cap, 25 mg cap, 50 mg cap, 75 mg cap* | 2 | LYRICA | QL(90 / 30) |
| *pregabalin 20 mg/ml soln* | 4 | LYRICA | QL(900 / 30) |
| ZONISADE 100 mg/5ml susp | 4 | | |
| *zonisamide 100 mg cap, 25 mg cap, 50 mg cap* | 2 | ZONEGRAN | |
| **Agentes Que Aumentan el Ácido Gamma-Aminobutírico (GABA)** | | | |
| *clobazam 10 mg tab, 20 mg tab* | 4 | ONFI | PANSO, QL(60 / 30) |
| *clobazam 2.5 mg/ml susp* | 4 | ONFI | PANSO, QL(480 / 30) |
| *clonazepam 0.5 mg tab, 1 mg tab* | 1 | KLONOPIN | QL(90 / 30) |
| *clonazepam 2 mg tab* | 1 | KLONOPIN | QL(300 / 30) |
| *clonazepam 0.125 mg tab disint, 0.25 mg tab disint, 0.5 mg tab disint, 1 mg tab disint* | 4 | KLONOPIN | QL(90 / 30) |
| *clonazepam 2 mg tab disint* | 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) |
| *diazepam 10 mg rect gel, 2.5 mg rect gel, 20 mg rect gel* | 4 | DIASTAT | |
| *diazepam 10 mg tab, 2 mg tab, 5 mg tab* | 1 | VALIUM | QL(120 / 30) |
| *diazepam 5 mg/5ml soln* | 4 | VALIUM | QL(1200 / 30) |
| *diazepam intensol 5 mg/ml oral conc* | 4 | | QL(1200 / 30) |
| *divalproex sodium 125 mg cap dr sprinkle, 125 mg tab dr, 250 mg tab dr, 500 mg tab dr* | 2 | DEPAKOTE | |
| *divalproex sodium er 250 mg tab er 24 hr, 500 mg tab er 24 hr* | 2 | DEPAKOTE ER | |

[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] |
|---|---|---|---|
| *gabapentin 200 mg cap* | 2 | | QL(540 / 30) |
| *gabapentin 400 mg cap* | 1 | NEURONTIN | QL(270 / 30) |
| *gabapentin 100 mg cap, 300 mg cap* | 1 | NEURONTIN | QL(360 / 30) |
| *gabapentin 800 mg tab* | 2 | NEURONTIN | QL(120 / 30) |
| *gabapentin 600 mg tab* | 2 | NEURONTIN | QL(180 / 30) |
| *gabapentin 250 mg/5ml soln* | 4 | NEURONTIN | QL(2160 / 30) |
| LIBERVANT 10 mg bucc film, 12.5 mg bucc film, 15 mg bucc film, 5 mg bucc film, 7.5 mg bucc film | 4 | | |
| *lorazepam 0.5 mg tab, 1 mg tab* | 1 | ATIVAN | QL(90 / 30) |
| *lorazepam 2 mg tab* | 1 | ATIVAN | QL(150 / 30) |
| *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* | 2 | | HR |
| *phenobarbital 20 mg/5ml oral elix* | 4 | | HR |
| *primidone 125 mg tab* | 2 | | |
| *primidone 250 mg tab, 50 mg tab* | 2 | MYSOLINE | |
| *relgaabi 200 mg cap* | 5 | | QL(360 / 30) |
| SYMPAZAN 5 mg oral film | 4 | | PANSO, QL(60 / 30) |
| SYMPAZAN 10 mg oral film, 20 mg oral film | 5 | | PANSO, QL(60 / 30) |
| *tiagabine hcl 12 mg tab, 16 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab* | 4 | GABITRIL | |
| *valproic acid 250 mg cap* | 2 | DEPAKENE | |
| VALTOCO 10 MG DOSE 10 mg/0.1ml nasal liq | 4 | | |
| VALTOCO 15 MG DOSE 2 x 7.5 mg/0.1ml Nasal Liquid Therapy Pack | 4 | | |
| VALTOCO 20 MG DOSE 2 x 10 mg/0.1ml Nasal Liquid Therapy Pack | 4 | | |
| VALTOCO 5 MG DOSE 5 mg/0.1ml nasal liq | 4 | | |
| *vigabatrin 500 mg pckt, 500 mg tab* | 5 | SABRIL | PANSO, QL(180 / 30) |
| *vigadrone 500 mg pckt* | 5 | SABRIL | PANSO, QL(180 / 30) |
| *vigadrone 500 mg tab* | 6 | SABRIL | |
| VIGAFYDE 100 mg/ml soln | 5 | | PANSO |
| ZTALMY 50 mg/ml susp | 5 | | PANSO |
| **Agentes Reductores de Glutamato** | | | |
| EPRONTIA 25 mg/ml soln | 4 | | QL(480 / 30) |
| *felbamate 400 mg tab, 600 mg tab* | 4 | FELBATOL | |
| *felbamate 600 mg/5ml susp* | 4 | FELBATOL | |
| *lamotrigine 100 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab, 25 mg tab* | 1 | LAMICTAL | |
| *lamotrigine 25 mg tab chew, 5 mg tab chew* | 2 | LAMICTAL | |
| *perampanel 2 mg tab* | 4 | | QL(30 / 30), ST |

[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] |
|---|---|---|---|
| *perampanel 10 mg tab, 12 mg tab, 8 mg tab* | 5 | | QL(30 / 30), ST |
| *perampanel 4 mg tab, 6 mg tab* | 5 | | QL(60 / 30), ST |
| *perampanel 0.5 mg/ml susp* | 5 | | QL(720 / 30), ST |
| SUBVENITE 10 mg/ml susp | 3 | | |
| *topiramate 50 mg cap sprinkle* | 2 | | |
| *topiramate 25 mg/ml soln* | 2 | | |
| *topiramate 100 mg tab, 200 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab* | 1 | TOPAMAX | |
| *topiramate 15 mg cap sprinkle, 25 mg cap sprinkle* | 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** | | | |
| *carbamazepine 200 mg tab chew* | 2 | | |
| *carbamazepine 100 mg tab chew, 200 mg tab* | 2 | TEGRETOL | |
| *carbamazepine 100 mg/5ml susp* | 4 | TEGRETOL | |
| *carbamazepine er 100 mg cap er 12 hr, 200 mg cap er 12 hr, 300 mg cap er 12 hr* | 4 | CARBATROL | |
| *carbamazepine er 100 mg tab er 12 hr, 200 mg tab er 12 hr, 400 mg tab er 12 hr* | 4 | TEGRETOL XR | |
| DILANTIN 30 mg cap | 4 | | |
| *eslicarbazepine acetate 200 mg tab, 400 mg tab* | 5 | | QL(30 / 30), ST |
| *eslicarbazepine acetate 600 mg tab, 800 mg tab* | 5 | | QL(60 / 30), ST |
| *lacosamide 10 mg/ml soln* | 2 | VIMPAT | QL(1200 / 30) |
| *lacosamide 100 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab, 50 mg tab* | 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 | | |
| *oxcarbazepine 150 mg tab, 300 mg tab, 600 mg tab* | 2 | TRILEPTAL | |

[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] |
|---|---|---|---|
| *oxcarbazepine 300 mg/5ml susp* | 4 | TRILEPTAL | |
| *oxcarbazepine er 150 mg tab er 24 hr, 300 mg tab er 24 hr, 600 mg tab er 24 hr* | 4 | | |
| *phenytek 200 mg cap, 300 mg cap* | 4 | DILANTIN | |
| *phenytoin 50 mg tab chew* | 2 | DILANTIN | |
| *phenytoin 125 mg/5ml susp* | 2 | DILANTIN | |
| *phenytoin sodium extended 100 mg cap, 200 mg cap, 300 mg cap* | 2 | DILANTIN | |
| *rufinamide 200 mg tab* | 4 | BANZEL | ST |
| *rufinamide 400 mg tab* | 5 | BANZEL | ST |
| *rufinamide 40 mg/ml susp* | 5 | BANZEL | ST |
| **AGENTES ANTIDEMENCIA** | | | |
| **Agentes Antidemencia, Otros** | | | |
| KISUNLA 350 mg/20ml iv soln | 1 | | PA, QL(80 / 30) |
| NAMZARIC 14-10 mg cap er 24 hr, 21-10 mg cap er 24 hr, 28-10 mg cap er 24 hr, 7-10 mg cap er 24 hr | 3 | | QL(30 / 30), ST |
| **Inhibidores de la Colinesterasa** | | | |
| *donepezil hcl 10 mg tab, 5 mg tab* | 1 | ARICEPT | QL(30 / 30) |
| *donepezil hcl 10 mg tab disint, 5 mg tab disint* | 2 | ARICEPT ODT | QL(30 / 30) |
| *galantamine hydrobromide 12 mg tab, 4 mg tab, 8 mg tab* | 2 | RAZADYNE | QL(60 / 30) |
| *galantamine hydrobromide 4 mg/ml soln* | 4 | RAZADYNE | QL(200 / 30) |
| *galantamine hydrobromide er 16 mg cap er 24 hr, 24 mg cap er 24 hr, 8 mg cap er 24 hr* | 2 | RAZADYNE ER | QL(30 / 30) |
| *rivastigmine 13.3 mg/24hr td patch 24hr, 4.6 mg/24hr td patch 24hr, 9.5 mg/24hr td patch 24hr* | 4 | EXELON | QL(30 / 30) |
| *rivastigmine tartrate 1.5 mg cap, 3 mg cap, 4.5 mg cap, 6 mg cap* | 2 | EXELON | QL(60 / 30) |
| **Antagonistas del Receptor N-Metil-D-Aspartato (NMDA)** | | | |
| *memantine hcl 10 mg tab, 5 mg tab* | 2 | NAMENDA | QL(60 / 30) |
| *memantine hcl 2 mg/ml soln* | 4 | NAMENDA | QL(300 / 30) |
| *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* | 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) |

[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] |
|---|---|---|---|
| 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) |
| *aripiprazole 10 mg tab, 15 mg tab, 20 mg tab, 30 mg tab, 5 mg tab* | 4 | ABILIFY | QL(30 / 30) |
| *aripiprazole 2 mg tab* | 4 | ABILIFY | QL(60 / 30) |
| *aripiprazole 1 mg/ml soln* | 4 | ABILIFY | QL(900 / 30) |
| *aripiprazole 15 mg tab disint* | 4 | ABILIFY DISCMELT | QL(60 / 30), ST |
| *aripiprazole 10 mg tab disint* | 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 |
| *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* | 2 | REMERON | |
| OPIPZA 10 mg oral film, 2 mg oral film, 5 mg oral film | 4 | | QL(90 / 30) |
| *perphenazine-amitriptyline 2-10 mg tab, 2-25 mg tab, 4-10 mg tab, 4-25 mg tab, 4-50 mg tab* | 2 | TRIAVIL | HR |
| *quetiapine fumarate 300 mg tab, 400 mg tab* | 2 | SEROQUEL | QL(60 / 30) |
| *quetiapine fumarate 100 mg tab, 200 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab* | 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** | | | |
| 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 | | |
| *phenelzine sulfate 15 mg tab* | 2 | NARDIL | |
| *tranylcypromine sulfate 10 mg tab* | 4 | PARNATE | |
| **ISRSs/IRSNs (Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina/Inhibidores de la Recaptación de Serotonina - Norepinefrina)** | | | |
| *citalopram hydrobromide 10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab* | 1 | CELEXA | QL(30 / 30) |
| *citalopram hydrobromide 10 mg/5ml soln* | 4 | CELEXA | 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] |
|---|---|---|---|
| *desvenlafaxine succinate er 100 mg tab er 24 hr, 25 mg tab er 24 hr, 50 mg tab er 24 hr* | 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 |
| *duloxetine hcl 120 mg cap dr prt, 80 mg cap dr prt, 90 mg cap dr prt* | 2 | | QL(60 / 30) |
| *duloxetine hcl 20 mg cap dr prt, 30 mg cap dr prt, 60 mg cap dr prt* | 2 | CYMBALTA | QL(60 / 30) |
| *escitalopram oxalate 10 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab* | 1 | LEXAPRO | |
| *escitalopram oxalate 5 mg/5ml soln* | 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 |
| *fluoxetine hcl 10 mg cap, 20 mg cap, 40 mg cap* | 1 | PROZAC | |
| *fluoxetine hcl 20 mg/5ml soln* | 4 | PROZAC | |
| *fluvoxamine maleate 100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab* | 2 | LUVOX | |
| *nefazodone hcl 100 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab, 250 mg tab, 50 mg tab* | 4 | SERZONE | |
| *paroxetine hcl 10 mg tab, 20 mg tab, 30 mg tab, 40 mg tab* | 1 | PAXIL | PAHRM,HR |
| *paroxetine hcl 10 mg/5ml susp* | 4 | PAXIL | HR |
| RALDESY 10 mg/ml soln | 4 | | |
| *sertraline hcl 100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab* | 1 | ZOLOFT | |
| *sertraline hcl 20 mg/ml oral conc* | 2 | ZOLOFT | |
| *trazodone hcl 100 mg tab, 150 mg tab, 50 mg tab* | 1 | DESYREL | |
| *trazodone hcl 300 mg tab* | 4 | DESYREL | |
| TRINTELLIX 10 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab | 3 | | QL(30 / 30) |
| *venlafaxine hcl 100 mg tab, 25 mg tab, 37.5 mg tab, 50 mg tab, 75 mg tab* | 2 | EFFEXOR | |

[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] |
|---|---|---|---|
| *venlafaxine hcl er 150 mg cap er 24 hr* | 2 | EFFEXOR XR | QL(30 / 30) |
| *venlafaxine hcl er 37.5 mg cap er 24 hr, 75 mg cap er 24 hr* | 2 | EFFEXOR XR | QL(90 / 30) |
| *vilazodone hcl 10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab* | 4 | VIIBRYD | QL(30 / 30) |
| **Tricíclicos** | | | |
| *amitriptyline hcl 10 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab, 75 mg tab* | 2 | ELAVIL | HR |
| *amoxapine 100 mg tab, 150 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab* | 4 | ASENDIN | HR |
| *clomipramine hcl 25 mg cap, 50 mg cap, 75 mg cap* | 4 | ANAFRANIL | HR |
| *desipramine hcl 10 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab, 75 mg tab* | 4 | NORPRAMIN | HR |
| *doxepin hcl 10 mg/ml oral conc* | 1 | SINEQUAN | HR |
| *doxepin hcl 10 mg cap, 100 mg cap, 150 mg cap, 25 mg cap, 50 mg cap, 75 mg cap* | 2 | SINEQUAN | HR |
| *imipramine hcl 10 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab* | 2 | TOFRANIL | HR |
| *nortriptyline hcl 10 mg cap, 25 mg cap, 50 mg cap, 75 mg cap* | 1 | PAMELOR | HR |
| *nortriptyline hcl 10 mg/5ml soln* | 4 | PAMELOR | HR |
| *protriptyline hcl 10 mg tab, 5 mg tab* | 4 | VIVACTIL | HR |
| *trimipramine maleate 100 mg cap, 25 mg cap, 50 mg cap* | 4 | SURMONTIL | HR |
| **ANTIEMÉTICOS** | | | |
| **Antieméticos, Otros** | | | |
| *chlorpromazine hcl 100 mg/ml oral conc, 30 mg/ml oral conc* | 4 | | |
| *chlorpromazine hcl 10 mg tab, 100 mg tab, 200 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab* | 4 | THORAZINE | |
| *compro 25 mg rect supp* | 4 | COMPRO | |
| *diphenhydramine hcl 50 mg/ml inj soln* | 2 | BENADRYL | |
| *diphenhydramine hcl 50 mg/ml inj soln* | 4 | BENADRYL | |
| *meclizine hcl 25 mg tab chew* | 2 | | |
| *meclizine hcl 50 mg tab* | 2 | ANTIVERT | |
| *meclizine hcl 12.5 mg tab, 25 mg tab* | 2 | ANTIVERT | HR |
| *metoclopramide hcl 10 mg tab, 5 mg tab* | 1 | REGLAN | |
| *metoclopramide hcl 5 mg/5ml soln* | 2 | REGLAN | |
| *perphenazine 16 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab, 8 mg tab* | 4 | TRILAFON | |
| *prochlorperazine 25 mg rect supp* | 4 | COMPRO | |

[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] |
|---|---|---|---|
| *prochlorperazine maleate 10 mg tab, 5 mg tab* | 2 | COMPAZINE | |
| *promethazine hcl 25 mg tab, 50 mg tab* | 1 | PHENERGAN | HR |
| *promethazine hcl 12.5 mg tab* | 1 | PHENERGAN | PAHRM,HR |
| *promethazine hcl 6.25 mg/5ml soln* | 2 | PHENERGAN | HR |
| *promethazine hcl 25 mg/ml inj soln* | 4 | PHENERGAN | HR |
| *promethegan 12.5 mg rect supp, 25 mg rect supp* | 4 | PHENERGAN | HR |
| *scopolamine 1 mg/3days td patch 72 hr* | 2 | TRANSDERM-SCOP | PAHRM,QL(10 / 30),HR |
| **Terapias Adyuvantes Emetogénicas** | | | |
| AKYNZEO 300-0.5 mg cap | 4 | | PA(*) |
| *aprepitant 80 & 125 mg cap pack* | 4 | | PA(*), QL(6 / 28) |
| *aprepitant 40 mg cap* | 4 | EMEND | PA(*), QL(1 / 28) |
| *aprepitant 125 mg cap* | 4 | EMEND | PA(*), QL(2 / 28) |
| *aprepitant 80 mg cap* | 4 | EMEND | PA(*), QL(4 / 28) |
| *dronabinol 10 mg cap, 2.5 mg cap, 5 mg cap* | 4 | MARINOL | PA^,QL(60 / 30) |
| EMEND 125 mg/5ml susp | 4 | | PA(*), QL(6 / 28) |
| *granisetron hcl 1 mg tab* | 4 | KYTRIL | PA(*) |
| *ondansetron 16 mg tab disint* | 2 | | PA(*) |
| *ondansetron 4 mg tab disint, 8 mg tab disint* | 2 | ZOFRAN ODT | PA(*) |
| *ondansetron hcl 4 mg/2ml inj soln* | 2 | ZOFRAN | |
| *ondansetron hcl 4 mg tab, 8 mg tab* | 2 | ZOFRAN | PA(*) |
| **ANTIFUNGALES** | | | |
| **ANTIFUNGALES** | | | |
| AMBISOME 50 mg iv susp | 5 | | PA(*) |
| *amphotericin b 50 mg iv soln* | 2 | FUNGIZONE | PA(*) |
| *amphotericin b liposome 50 mg iv susp* | 5 | AMBISOME | PA(*) |
| *caspofungin acetate 50 mg iv soln* | 2 | CANCIDAS | |
| *caspofungin acetate 70 mg iv soln* | 3 | CANCIDAS | |
| *ciclopirox 8 % Topical Solution* | 2 | PENLAC | QL(19.8 / 30) |
| *ciclopirox olamine 0.77 % Topical Cream* | 2 | LOPROX | QL(180 / 30) |
| *clotrimazole 1 % Topical Cream* | 2 | LOTRIMIN | |
| *clotrimazole 10 mg m/t troche* | 2 | MYCELEX | |
| *clotrimazole 1 % Topical Solution* | 2 | MYCELEX | |
| CRESEMBA 186 mg cap, 74.5 mg cap | 5 | | PA |
| *econazole nitrate 1 % Topical Cream* | 4 | SPECTAZOLE | QL(170 / 30) |
| *fluconazole 100 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab, 50 mg tab* | 2 | DIFLUCAN | |
| *fluconazole 10 mg/ml susp, 40 mg/ml susp* | 4 | DIFLUCAN | |
| *fluconazole in sodium chloride 200-0.9 mg/100ml-% iv soln, 400-0.9 mg/200ml-% iv soln* | 2 | DIFLUCAN | 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] |
|---|---|---|---|
| *flucytosine 250 mg cap, 500 mg cap* | 5 | ANCOBON | |
| *griseofulvin microsize 500 mg tab* | 4 | GRIFULVIN V | |
| *griseofulvin microsize 125 mg/5ml susp* | 4 | GRIFULVIN V | |
| *itraconazole 100 mg cap* | 2 | SPORANOX | |
| *ketoconazole 200 mg tab* | 2 | NIZORAL | |
| *ketoconazole 2 % Topical Cream* | 2 | NIZORAL | QL(180 / 30) |
| *ketoconazole 2 % Topical Shampoo* | 2 | NIZORAL | QL(360 / 30) |
| *micafungin sodium 100 mg iv soln, 50 mg iv soln* | 2 | MYCAMINE | |
| *miconazole 3 200 mg vag supp* | 2 | MONISTAT | |
| *nyamyc 100000 unit/gm Topical Powder* | 2 | MYCOSTATIN | QL(60 / 30) |
| *nystatin 500000 unit tab* | 2 | MYCOSTATIN | |
| *nystatin 100000 unit/gm Topical Cream, 100000 unit/gm Topical Ointment, 100000 unit/gm Topical Powder* | 2 | MYCOSTATIN | QL(60 / 30) |
| *nystatin 100000 unit/ml m/t susp* | 2 | MYCOSTATIN | QL(900 / 30) |
| *nystop 100000 unit/gm Topical Powder* | 2 | MYCOSTATIN | QL(60 / 30) |
| *posaconazole 40 mg/ml susp* | 5 | | PA |
| *posaconazole 100 mg tab dr* | 5 | NOXAFIL | PA |
| *terbinafine hcl 250 mg tab* | 1 | LAMISIL | |
| *terconazole 0.4 % vag crm, 0.8 % vag crm* | 2 | TERAZOL | |
| *terconazole 80 mg vag supp* | 4 | TERAZOL 3 | |
| *voriconazole 200 mg tab, 50 mg tab* | 3 | VFEND | |
| *voriconazole 40 mg/ml susp* | 5 | VFEND | PA |
| *voriconazole 200 mg iv soln* | 5 | VFEND | PA(*) |
| **AGENTES CONTRA LA GOTA** | | | |
| **AGENTES CONTRA LA GOTA** | | | |
| *allopurinol 100 mg tab, 300 mg tab* | 1 | ZYLOPRIM | |
| *colchicine 0.6 mg tab* | 4 | COLCRYS | QL(120 / 30) |
| *colchicine-probenecid 0.5-500 mg tab* | 2 | COLBENEMID | |
| *febuxostat 40 mg tab, 80 mg tab* | 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) |
| *probenecid 500 mg tab* | 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** | | | |
| *dihydroergotamine mesylate 4 mg/ml nasal soln* | 5 | MIGRANAL | QL(8 / 28) |
| *ergotamine-caffeine 1-100 mg tab* | 2 | CAFERGOT | QL(40 / 30) |
| **Profilaxis** | | | |

[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] |
|---|---|---|---|
| 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) |
| *timolol maleate 10 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab* | 4 | BLOCADREN | |
| UBRELVY 100 mg tab, 50 mg tab | 3 | | PA, QL(16 / 30) |
| **Agonistas Receptores de Serotonina (5-HT) 1b/1d** | | | |
| *rizatriptan benzoate 10 mg tab, 5 mg tab* | 2 | MAXALT | QL(12 / 30) |
| *rizatriptan benzoate 10 mg tab disint, 5 mg tab disint* | 2 | MAXALT MLT | QL(12 / 30) |
| *sumatriptan 20 mg/act nasal soln* | 4 | IMITREX | QL(12 / 30) |
| *sumatriptan 5 mg/act nasal soln* | 4 | IMITREX | QL(18 / 30) |
| *sumatriptan succinate 100 mg tab* | 2 | IMITREX | QL(9 / 30) |
| *sumatriptan succinate 25 mg tab, 50 mg tab* | 2 | IMITREX | QL(18 / 30) |
| *sumatriptan succinate 6 mg/0.5ml sc soln* | 4 | IMITREX | QL(4 / 28) |
| *sumatriptan succinate 4 mg/0.5ml sc soln auto-inj, 6 mg/0.5ml sc soln auto-inj* | 4 | IMITREX STATDOSE | QL(4 / 28) |
| **AGENTES ANTIMIASTÉNICOS** | | | |
| **Parasimpatomiméticos** | | | |
| *pyridostigmine bromide 30 mg tab* | 4 | | |
| *pyridostigmine bromide 60 mg tab* | 2 | MESTINON | |
| *pyridostigmine bromide 60 mg/5ml soln* | 4 | MESTINON | |
| **ANTIMICOBACTERIANOS** | | | |
| **Antimicobacterianos, Otros** | | | |
| *dapsone 100 mg tab, 25 mg tab* | 2 | | |
| *rifabutin 150 mg cap* | 4 | MYCOBUTIN | |
| **Antituberculosos** | | | |
| *ethambutol hcl 100 mg tab, 400 mg tab* | 2 | MYAMBUTOL | |
| *isoniazid 100 mg tab, 300 mg tab* | 1 | | |
| *isoniazid 50 mg/5ml syr* | 2 | | |
| *pretomanid 200 mg tab* | 4 | | QL(30 / 30) |
| *pyrazinamide 500 mg tab* | 3 | | |
| *rifampin 150 mg cap, 300 mg cap* | 2 | RIFADIN | |
| *rifampin 600 mg iv soln* | 4 | RIFADIN | |
| *rifapentine 150 mg tab* | 2 | | |
| SIRTURO 100 mg tab, 20 mg tab | 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] |
|---|---|---|---|
| **ANTINEOPLÁSICOS** | | | |
| **Agentes Alquilantes** | | | |
| *cyclophosphamide 50 mg tab* | 3 | | PA(*), ST |
| *cyclophosphamide 25 mg cap, 50 mg cap* | 4 | | PA(*), ST |
| GRAFAPEX 1 gm iv soln, 5 gm iv soln | 5 | | PANSO |
| LEUKERAN 2 mg tab | 5 | | |
| *lomustine 10 mg cap, 100 mg cap, 40 mg cap* | 4 | | PANSO |
| MATULANE 50 mg cap | 5 | | |
| VALCHLOR 0.016 % Topical Gel | 5 | | |
| **Antiandrógenos** | | | |
| *abiraterone acetate 250 mg tab* | 2 | ZYTIGA | PANSO, QL(120 / 30) |
| *abiraterone acetate 500 mg tab* | 5 | ZYTIGA | PANSO, QL(120 / 30) |
| *abirtega 250 mg tab* | 4 | ZYTIGA | PANSO, QL(120 / 30) |
| *bicalutamide 50 mg tab* | 2 | CASODEX | |
| ERLEADA 240 mg tab, 60 mg tab | 5 | | PANSO, QL(120 / 30) |
| EULEXIN 125 mg cap | 5 | | PANSO, QL(180 / 30) |
| *nilutamide 150 mg tab* | 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** | | | |
| *lenalidomide 10 mg cap, 15 mg cap, 2.5 mg cap, 20 mg cap, 25 mg cap, 5 mg cap* | 5 | REVLIMID | PANSO, QL(28 / 28), LA |
| NIKTIMVO 22 mg/0.44ml iv soln, 9 mg/0.18ml iv soln | 5 | | PANSO |
| *pomalidomide 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 |
| ZENBEXUS 0.75 mg cap, 1 mg cap | 5 | | PANSO |
| **Antiestrógenos/Modificadores** | | | |
| ORSERDU 345 mg tab, 86 mg tab | 5 | | PANSO |
| SOLTAMOX 10 mg/5ml soln | 5 | | |
| *tamoxifen citrate 10 mg tab, 20 mg tab* | 2 | NOLVADEX | |
| *toremifene citrate 60 mg tab* | 5 | FARESTON | |

[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] |
|---|---|---|---|
| **Antimetabolitos** | | | |
| AXTLE 100 mg iv soln, 500 mg iv soln | 5 | | PANSO |
| BESREMI 500 mcg/ml sc soln pfs | 5 | | PANSO, QL(2 / 28) |
| BESREMI PEN 500 mcg/0.5ml sc soln pen-inj | 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) |
| *hydroxyurea 500 mg cap* | 2 | HYDREA | |
| *l-glutamine 5 gm pckt* | 5 | | PA, QL(180 / 30) |
| *mercaptopurine 2000 mg/100ml susp* | 5 | | |
| *mercaptopurine 50 mg tab* | 2 | PURINETHOL | |
| ONUREG 200 mg tab, 300 mg tab | 5 | | PANSO, QL(14 / 28) |
| PEMRYDI RTU 100 mg/10ml iv soln, 500 mg/50ml iv soln | 5 | | PANSO |
| TABLOID 40 mg tab | 4 | | |
| **Antineoplásicos, Otros** | | | |
| AKEEGA 100-500 mg tab, 50-500 mg tab | 5 | | PANSO |
| AVMAPKI FAKZYNJA CO-PACK 0.8 & 200 mg pack | 5 | | PANSO, QL(66 / 28) |
| DARZALEX FASPRO 1800-30000 mg-ut/15ml sc soln | 1 | | PANSO |
| EMCYT 140 mg cap | 5 | | |
| FRUZAQLA 5 mg cap | 5 | | PANSO, QL(21 / 28) |
| FRUZAQLA 1 mg cap | 5 | | PANSO, QL(84 / 28) |
| INLURIYO 200 mg tab | 5 | | PANSO |
| INQOVI 35-100 mg tab | 5 | | PANSO, QL(5 / 28) |
| IWILFIN 192 mg tab | 5 | | PANSO |
| KEYTRUDA QLEX 395-4800 MG - unt/2.4ml sc soln | 5 | | PANSO, QL(2.4 / 21) |
| KEYTRUDA QLEX 790-9600 MG - unt/4.8ml sc soln | 5 | | PANSO, QL(4.8 / 42) |
| KISQALI FEMARA (200 MG DOSE) 200 & 2.5 mg tab pack | 5 | | PANSO, QL(49 / 28) |
| *leucovorin calcium 10 mg tab, 15 mg tab, 5 mg tab* | 2 | | |
| *leucovorin calcium 25 mg tab* | 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 |

[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] |
|---|---|---|---|
| NINLARO 2.3 mg cap, 3 mg cap, 4 mg cap | 5 | | PANSO, QL(3 / 28) |
| PIQRAY (200 MG DAILY DOSE) 200 mg tab pack | 5 | | PANSO, QL(28 / 28) |
| PIQRAY (250 MG DAILY DOSE) 200 & 50 mg tab pack | 5 | | PANSO, QL(56 / 28) |
| PIQRAY (300 MG DAILY DOSE) 2 x 150 mg tab pack | 5 | | PANSO, QL(56 / 28) |
| VITRAKVI 100 mg cap | 5 | | PANSO, QL(60 / 30) |
| VITRAKVI 25 mg cap | 5 | | PANSO, QL(180 / 30) |
| VITRAKVI 20 mg/ml soln | 5 | | PANSO, QL(300 / 30) |
| WELIREG 40 mg tab | 5 | | PANSO, QL(90 / 30) |
| XATMEP 2.5 mg/ml soln | 4 | | PA(*), ST |
| XPOVIO (100 MG ONCE WEEKLY) 50 mg tab pack | 5 | | PANSO, QL(8 / 28) |
| XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY) 10 mg tab pack | 5 | | PANSO, QL(16 / 28) |
| XPOVIO (40 MG TWICE WEEKLY) 40 mg tab pack | 5 | | PANSO, QL(8 / 28) |
| XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY) 60 mg tab pack | 5 | | PANSO, QL(4 / 28) |
| XPOVIO (60 MG TWICE WEEKLY) 20 mg tab pack | 5 | | PANSO, QL(24 / 28) |
| XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY) 40 mg tab pack, 80 mg tab pack | 5 | | PANSO, QL(8 / 28) |
| XPOVIO (80 MG TWICE WEEKLY) 20 mg tab pack | 5 | | PANSO, QL(32 / 28) |
| ZOLINZA 100 mg cap | 5 | | |
| **Inhibidores de la Aromatasa, 3era Generación** | | | |
| *anastrozole 1 mg tab* | 1 | ARIMIDEX | |
| *exemestane 25 mg tab* | 4 | AROMASIN | |
| *letrozole 2.5 mg tab* | 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 |

[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] |
|---|---|---|---|
| BOSULIF 500 mg tab | 5 | | PANSO, QL(30 / 30) |
| BOSULIF 100 mg tab | 5 | | PANSO, QL(90 / 30) |
| *bosutinib 400 mg tab* | 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) |
| *dasatinib 100 mg tab, 140 mg tab, 50 mg tab, 70 mg tab, 80 mg tab* | 5 | | PANSO, QL(30 / 30) |
| *dasatinib 20 mg tab* | 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) |
| *erlotinib hcl 100 mg tab, 25 mg tab* | 4 | TARCEVA | PANSO, QL(60 / 30) |
| *erlotinib hcl 150 mg tab* | 4 | TARCEVA | PANSO, QL(90 / 30) |
| *everolimus 2.5 mg tab, 5 mg tab, 7.5 mg tab* | 5 | AFINITOR | PANSO, QL(28 / 28) |
| *everolimus 10 mg tab* | 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) |
| *gefitinib 250 mg tab* | 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) |

[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] |
|---|---|---|---|
| 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) |
| *imatinib mesylate 400 mg tab* | 3 | GLEEVEC | PANSO, QL(60 / 30) |
| *imatinib mesylate 100 mg tab* | 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) |
| *imkeldi 80 mg/ml soln* | 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 |
| JIDEYTRO 100 mg tab, 25 mg tab | 5 | | PANSO, QL(30 / 30) |
| 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) |
| 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 |
| *lapatinib ditosylate 250 mg tab* | 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 |

[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] |
|---|---|---|---|
| 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) |
| *nilotinib d-tartrate 150 mg cap, 200 mg cap* | 5 | | PANSO, QL(112 / 28) |
| *nilotinib d-tartrate 50 mg cap* | 5 | | PANSO, QL(120 / 30) |
| *nilotinib hcl 150 mg cap, 200 mg cap* | 5 | | PANSO, QL(112 / 28) |
| *nilotinib hcl 50 mg cap* | 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 |
| *pazopanib hcl 200 mg tab* | 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 |

[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] |
|---|---|---|---|
| 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 |
| *sorafenib tosylate 200 mg tab* | 5 | NEXAVAR | PANSO, QL(120 / 30) |
| STIVARGA 40 mg tab | 5 | | PANSO, QL(84 / 28) |
| *sunitinib malate 12.5 mg cap, 25 mg cap, 37.5 mg cap, 50 mg cap* | 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) |
| 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) |
| *yulithira 10 mg tab, 2.5 mg tab, 5 mg tab, 7.5 mg tab* | 4 | AFINITOR | PANSO, QL(28 / 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] |
|---|---|---|---|
| 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** | | | |
| *bexarotene 75 mg cap* | 5 | TARGRETIN | PANSO |
| *bexarotene 1 % Topical Gel* | 5 | TARGRETIN | PANSO |
| PANRETIN 0.1 % Topical Gel | 5 | | QL(180 / 30) |
| *tretinoin 10 mg cap* | 5 | VESANOID | |
| **Adjuntos de Tratamiento** | | | |
| *mesna 400 mg tab* | 4 | | |
| MESNEX 400 mg tab | 5 | | |
| **ANTIPARASITARIOS** | | | |
| **Antihelmínticos** | | | |
| *albendazole 200 mg tab* | 4 | ALBENZA | |
| *ivermectin 6 mg tab* | 2 | | |
| *ivermectin 3 mg tab* | 2 | STROMECTOL | |
| *praziquantel 600 mg tab* | 2 | BILTRICIDE | |
| **Antiprotozoarios** | | | |
| *atovaquone 750 mg/5ml susp* | 3 | MEPRON | |
| *atovaquone-proguanil hcl 250-100 mg tab, 62.5-25 mg tab* | 2 | MALARONE | |
| *chloroquine phosphate 250 mg tab* | 4 | | QL(50 / 30) |
| *chloroquine phosphate 500 mg tab* | 4 | ARALEN | QL(25 / 30) |
| COARTEM 20-120 mg tab | 4 | | |
| *hydroxychloroquine sulfate 200 mg tab* | 2 | PLAQUENIL | QL(90 / 30) |
| KRINTAFEL 150 mg tab | 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] |
|---|---|---|---|
| *mefloquine hcl 250 mg tab* | 2 | | |
| *nitazoxanide 500 mg tab* | 5 | ALINIA | |
| *pentamidine isethionate 300 mg inh soln* | 3 | NEBUPENT | PA(*) |
| *pentamidine isethionate 300 mg inj soln* | 4 | PENTAM | |
| *primaquine phosphate 26.3 (15 Base) mg tab* | 4 | | |
| *pyrimethamine 25 mg tab* | 5 | DARAPRIM | PA |
| *quinine sulfate 324 mg cap* | 4 | QUALAQUIN | PA, QL(42 / 7) |
| **AGENTES ANTIPARKINSON** | | | |
| **Anticolinérgicos** | | | |
| *benztropine mesylate 0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab* | 2 | COGENTIN | HR |
| *trihexyphenidyl hcl 0.4 mg/ml soln* | 2 | | PAHRM,HR |
| *trihexyphenidyl hcl 2 mg tab, 5 mg tab* | 1 | ARTANE | PAHRM,HR |
| **Agentes Antiparkinson, Otros** | | | |
| *amantadine hcl 50 mg/5ml soln* | 1 | | |
| *amantadine hcl 100 mg cap* | 2 | SYMMETREL | |
| *entacapone 200 mg tab* | 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** | | | |
| *apomorphine hcl 30 mg/3ml sc soln cart* | 5 | APOKYN | PA, QL(60 / 30) |
| *bromocriptine mesylate 2.5 mg tab* | 2 | PARLODEL | |
| *bromocriptine mesylate 5 mg cap* | 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) |
| *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* | 1 | MIRAPEX | |
| *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* | 2 | REQUIP | |
| **Precursores de Dopamina/Inhibidores de la Decarboxylasa L-Amino Ácido** | | | |
| *carbidopa-levodopa 10-100 mg tab, 25-100 mg tab, 25-250 mg tab* | 2 | SINEMET | |
| *carbidopa-levodopa er 25-100 mg tab er, 50-200 mg tab er* | 2 | SINEMET CR | |
| *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* | 4 | STALEVO | |

[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] |
|---|---|---|---|
| *tab, 37.5-150-200 mg tab, 50-200-200 mg tab* | | | |
| **Inhibidores de la Monoaminooxidasa B (MAO-B)** | | | |
| *rasagiline mesylate 0.5 mg tab, 1 mg tab* | 4 | AZILECT | |
| *selegiline hcl 5 mg tab* | 2 | | |
| *selegiline hcl 5 mg cap* | 2 | ELDEPRYL | |
| **ANTIPSICÓTICOS** | | | |
| **1era Generación/Típicos** | | | |
| *ergoloid mesylates 1 mg tab* | 4 | HYDERGINE | HR |
| *fluphenazine decanoate 25 mg/ml inj soln* | 2 | PROLIXIN | |
| *fluphenazine hcl 2.5 mg/ml inj soln* | 3 | PROLIXIN | |
| *fluphenazine hcl 1 mg tab, 10 mg tab, 2.5 mg tab, 5 mg tab* | 4 | PROLIXIN | |
| *fluphenazine hcl 2.5 mg/5ml oral elix, 5 mg/ml oral conc* | 4 | PROLIXIN | |
| *haloperidol 0.5 mg tab, 1 mg tab, 10 mg tab, 2 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab* | 2 | HALDOL | |
| *haloperidol decanoate 100 mg/ml im soln, 50 mg/ml im soln* | 2 | HALDOL | |
| *haloperidol decanoate 100 mg/ml im soln, 50 mg/ml im soln* | 3 | HALDOL | |
| *haloperidol lactate 2 mg/ml oral conc, 5 mg/ml inj soln* | 2 | HALDOL | |
| *loxapine succinate 10 mg cap, 25 mg cap, 5 mg cap, 50 mg cap* | 2 | LOXITANE | |
| *molindone hcl 5 mg tab* | 2 | MOBAN | QL(120 / 30) |
| *molindone hcl 10 mg tab* | 2 | MOBAN | QL(240 / 30) |
| *molindone hcl 25 mg tab* | 2 | MOBAN | QL(270 / 30) |
| *pimozide 1 mg tab, 2 mg tab* | 3 | ORAP | |
| *thioridazine hcl 10 mg tab, 100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab* | 2 | MELLARIL | HR |
| *thiothixene 1 mg cap, 10 mg cap, 2 mg cap, 5 mg cap* | 4 | NAVANE | |
| *trifluoperazine hcl 1 mg tab, 10 mg tab, 2 mg tab, 5 mg tab* | 2 | STELAZINE | |
| **2da Generación/Atípicos** | | | |
| *asenapine maleate 10 mg tab subl, 2.5 mg tab subl, 5 mg tab subl* | 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 |

[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] |
|---|---|---|---|
| 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) |
| 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) |
| *lurasidone hcl 120 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 60 mg tab, 80 mg tab* | 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) |
| *olanzapine 10 mg tab, 15 mg tab, 2.5 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab, 7.5 mg tab* | 2 | ZYPREXA | QL(30 / 30) |
| *olanzapine 10 mg im soln* | 3 | ZYPREXA | 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] |
|---|---|---|---|
| *olanzapine 10 mg tab disint, 15 mg tab disint, 20 mg tab disint, 5 mg tab disint* | 4 | ZYPREXA ZYDIS | QL(30 / 30) |
| *paliperidone er 1.5 mg tab er 24 hr, 3 mg tab er 24 hr, 9 mg tab er 24 hr* | 4 | INVEGA | QL(30 / 30) |
| *paliperidone er 6 mg tab er 24 hr* | 4 | INVEGA | QL(60 / 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) |
| *risperidone 0.25 mg tab, 0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab, 3 mg tab* | 2 | RISPERDAL | QL(60 / 30) |
| *risperidone 4 mg tab* | 2 | RISPERDAL | QL(120 / 30) |
| *risperidone 1 mg/ml soln* | 2 | RISPERDAL | QL(480 / 30) |
| *risperidone 0.25 mg tab disint, 0.5 mg tab disint, 1 mg tab disint, 2 mg tab disint* | 4 | RISPERDAL | QL(60 / 30) |
| *risperidone 3 mg tab disint, 4 mg tab disint* | 4 | RISPERDAL | QL(120 / 30) |
| *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* | 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 | | |
| VRAYLAR 0.5 mg cap, 0.75 mg cap, 1.5 mg cap, 3 mg cap, 4.5 mg cap, 6 mg cap | 5 | | QL(30 / 30) |
| *ziprasidone hcl 20 mg cap, 40 mg cap, 60 mg cap, 80 mg cap* | 2 | GEODON | QL(60 / 30) |
| *ziprasidone mesylate 20 mg im soln* | 3 | GEODON | QL(6 / 28) |
| ZYPREXA RELPREVV 210 mg im susp | 4 | | QL(2 / 28) |
| **Resistentes a Tratamiento** | | | |
| *clozapine 50 mg tab* | 2 | CLOZARIL | QL(90 / 30) |
| *clozapine 100 mg tab* | 2 | CLOZARIL | QL(270 / 30) |
| *clozapine 25 mg tab* | 3 | CLOZARIL | 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] |
|---|---|---|---|
| *clozapine 200 mg tab* | 3 | CLOZARIL | QL(135 / 30) |
| *clozapine 100 mg tab disint, 12.5 mg tab disint, 25 mg tab disint* | 4 | FAZACLO | QL(90 / 30), ST |
| *clozapine 200 mg tab disint* | 4 | FAZACLO | QL(120 / 30), ST |
| *clozapine 150 mg tab disint* | 4 | FAZACLO | QL(180 / 30), ST |
| VERSACLOZ 50 mg/ml susp | 5 | | QL(540 / 30), ST |
| **AGENTES CONTRA LA ESPASTICIDAD** | | | |
| **AGENTES CONTRA LA ESPASTICIDAD** | | | |
| *baclofen 15 mg tab, 5 mg tab* | 2 | | |
| *baclofen 10 mg tab, 20 mg tab* | 2 | LIORESAL | |
| *chlorzoxazone 500 mg tab* | 2 | PARAFON FORTE | HR |
| *dantrolene sodium 100 mg cap, 25 mg cap, 50 mg cap* | 2 | DANTRIUM | |
| *methocarbamol 1000 mg tab* | 2 | | |
| *methocarbamol 500 mg tab, 750 mg tab* | 2 | ROBAXIN | HR |
| *tanlor 1000 mg tab* | 2 | | |
| **ANTIVIRALES** | | | |
| **Agentes Anti Citomegalovirus (CMV)** | | | |
| PREVYMIS 240 mg tab, 480 mg tab | 5 | | PA, QL(28 / 28) |
| *valganciclovir hcl 450 mg tab* | 2 | VALCYTE | |
| ZIRGAN 0.15 % ophth gel | 4 | | |
| **Agentes Contra la Hepatitis B (VHB)** | | | |
| *adefovir dipivoxil 10 mg tab* | 3 | HEPSERA | |
| *entecavir 0.5 mg tab, 1 mg tab* | 2 | BARACLUDE | |
| *lamivudine 100 mg tab* | 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 | | |
| *ribavirin 200 mg tab* | 2 | COPEGUS | |
| *ribavirin 200 mg cap* | 2 | REBETOL | |
| **Agentes de Acción Directa Contra la Hepatitis C (VHC)** | | | |
| *ledipasvir-sofosbuvir 90-400 mg tab* | 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) |
| *sofosbuvir-velpatasvir 400-100 mg tab* | 5 | EPCLUSA | PA, QL(28 / 28) |
| **Agentes Anti-VIH, Inhibidores de la Integrasa (INSTI)** | | | |
| BIKTARVY 30-120-15 mg tab, 50-200-25 mg tab | 5 | | |
| GENVOYA 150-150-200-10 mg tab | 5 | | |
| ISENTRESS 100 mg pckt, 100 mg tab chew, 25 mg tab chew | 4 | | |
| ISENTRESS 400 mg tab | 5 | | |
| ISENTRESS HD 600 mg tab | 5 | | |
| STRIBILD 150-150-200-300 mg tab | 5 | | |

[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] |
|---|---|---|---|
| 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 | | |
| *efavirenz 50 mg cap* | 2 | SUSTIVA | |
| *efavirenz 200 mg cap, 600 mg tab* | 3 | SUSTIVA | |
| *efavirenz-emtricitab-tenofo df 600-200-300 mg tab* | 4 | ATRIPLA | |
| *efavirenz-lamivudine-tenofovir 600-300-300 mg tab* | 5 | SYMFI | |
| *efavirenz-lamivudine-tenofovir 400-300-300 mg tab* | 5 | SYMFI LO | |
| *emtricitab-rilpivir-tenofov df 200-25-300 mg tab* | 5 | | |
| *etravirine 100 mg tab, 200 mg tab* | 5 | INTELENCE | |
| INTELENCE 25 mg tab | 4 | | |
| *nevirapine 200 mg tab* | 2 | VIRAMUNE | |
| *nevirapine 50 mg/5ml susp* | 4 | VIRAMUNE | |
| *nevirapine er 400 mg tab er 24 hr* | 4 | VIRAMUNE XR | |
| ODEFSEY 200-25-25 mg tab | 5 | | |
| *rilpivirine hcl 25 mg tab* | 5 | | |
| **Agentes Anti-VIH, Inhibidores Nucleósidos y Nucleótidos De La Transcriptasa Reversa (NRTI)** | | | |
| *abacavir sulfate 300 mg tab* | 2 | ZIAGEN | |
| *abacavir sulfate 20 mg/ml soln* | 4 | ZIAGEN | |
| *abacavir sulfate-lamivudine 600-300 mg tab* | 2 | EPZICOM | |
| CABENUVA 400 & 600 mg/2ml Intramuscular Suspension Extended Release, 600 & 900 mg/3ml Intramuscular Suspension Extended Release | 5 | | |
| CIMDUO 300-300 mg tab | 5 | | |
| DESCOVY 120-15 mg tab, 200-25 mg tab | 5 | | |
| DOVATO 50-300 mg tab | 5 | | |
| *emtricitabine 200 mg cap* | 3 | EMTRIVA | |
| *emtricitabine-tenofovir df 100-150 mg tab, 167-250 mg tab, 200-300 mg tab* | 4 | TRUVADA | |
| *emtricitabine-tenofovir df 133-200 mg tab* | 5 | TRUVADA | |
| EMTRIVA 10 mg/ml soln | 4 | | |
| IDVYNSO 100-0.25 mg tab | 5 | | |
| *lamivudine 150 mg tab, 300 mg tab* | 2 | EPIVIR | |
| *lamivudine 10 mg/ml soln* | 4 | EPIVIR | |
| *lamivudine-zidovudine 150-300 mg tab* | 2 | COMBIVIR | |

[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] |
|---|---|---|---|
| PIFELTRO 100 mg tab | 5 | | |
| *tenofovir disoproxil fumarate 300 mg tab* | 2 | VIREAD | |
| VIREAD 150 mg tab, 200 mg tab, 250 mg tab | 5 | | |
| VIREAD 40 mg/gm oral pwdr | 5 | | |
| *zidovudine 100 mg cap, 300 mg tab* | 2 | RETROVIR | |
| *zidovudine 50 mg/5ml syr* | 2 | RETROVIR | |
| **Agentes Anti-VIH, Otros** | | | |
| FUZEON 90 mg sc soln | 5 | | |
| JULUCA 50-25 mg tab | 5 | | |
| *maraviroc 150 mg tab, 300 mg tab* | 5 | SELZENTRY | |
| RUKOBIA 600 mg tab er 12 hr | 5 | | |
| SELZENTRY 25 mg tab | 3 | | |
| 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 | | |
| *atazanavir sulfate 150 mg cap, 200 mg cap, 300 mg cap* | 3 | REYATAZ | |
| *darunavir 600 mg tab* | 4 | PREZISTA | |
| *darunavir 800 mg tab* | 5 | PREZISTA | |
| DELSTRIGO 100-300-300 mg tab | 5 | | |
| EVOTAZ 300-150 mg tab | 5 | | |
| *fosamprenavir calcium 700 mg tab* | 3 | LEXIVA | |
| LEXIVA 50 mg/ml susp | 4 | | |
| *lopinavir-ritonavir 100-25 mg tab* | 3 | KALETRA | QL(300 / 30) |
| *lopinavir-ritonavir 200-50 mg tab* | 4 | KALETRA | QL(120 / 30) |
| 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 | | |
| *ritonavir 100 mg tab* | 2 | NORVIR | |
| SYMTUZA 800-150-200-10 mg tab | 5 | | |
| TRIUMEQ 600-50-300 mg tab | 5 | | |
| *triumeq pd 60-5-30 mg tab sol* | 4 | | |
| VIRACEPT 250 mg tab, 625 mg tab | 5 | | |
| **Agentes Contra la Influenza** | | | |
| *oseltamivir phosphate 75 mg cap* | 2 | TAMIFLU | QL(42 / 180) |
| *oseltamivir phosphate 45 mg cap* | 2 | TAMIFLU | QL(48 / 180) |
| *oseltamivir phosphate 30 mg cap* | 2 | TAMIFLU | QL(84 / 180) |
| *oseltamivir phosphate 6 mg/ml susp* | 2 | TAMIFLU | QL(540 / 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] |
|---|---|---|---|
| RELENZA DISKHALER 5 mg/act inh aer pwdr br act | 4 | | QL(60 / 180) |
| *rimantadine hcl 100 mg tab* | 3 | FLUMADINE | |
| XOFLUZA (40 MG DOSE) 1 x 40 mg tab pack | 4 | | QL(4 / 180) |
| XOFLUZA (80 MG DOSE) 1 x 80 mg tab pack | 4 | | QL(2 / 180) |
| **Agentes Antiherpéticos** | | | |
| *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** | | | |
| LAGEVRIO 200 mg cap | 3 | | QL(40 / 5) |
| PAXLOVID (150/100) 10 x 150 MG & 10 x 100mg tab pack | 3 | | QL(20 / 5) |
| PAXLOVID (300/100 & 150/100) 6 x 150 MG & 5 x 100mg tab pack | 3 | | QL(22 / 5) |
| PAXLOVID (300/100) 20 x 150 MG & 10 x 100mg tab pack | 3 | | QL(30 / 5) |
| **ANSIOLÍTICOS** | | | |
| **Ansiolíticos, Otros** | | | |
| *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 | | |

[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] |
|---|---|---|---|
| *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 | |
| *lithium carbonate er 300 mg tab er* | 2 | LITHOBID | |
| *valproic acid 250 mg/5ml soln* | 2 | DEPAKENE | |
| **REGULADORES DE GLUCOSA EN SANGRE** | | | |
| **Agentes Antidiabéticos** | | | |
| *acarbose 100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab* | 2 | PRECOSE | QL(90 / 30) |
| *colesevelam hcl 3.75 gm pckt, 625 mg tab* | 4 | WELCHOL | |
| *dapagliflozin 10 mg tab, 5 mg tab* | 6 | | QL(30 / 30) |
| FARXIGA 10 mg tab, 5 mg tab | 3 | | QL(30 / 30) |
| *glimepiride 1 mg tab, 2 mg tab* | 6 | AMARYL | QL(30 / 30) |
| *glimepiride 4 mg tab* | 6 | AMARYL | QL(60 / 30) |
| *glipizide 2.5 mg tab* | 6 | | QL(60 / 30) |
| *glipizide 5 mg tab* | 6 | GLUCOTROL | QL(60 / 30) |
| *glipizide 10 mg tab* | 6 | GLUCOTROL | QL(120 / 30) |
| *glipizide er 2.5 mg tab er 24 hr, 5 mg tab er 24 hr* | 6 | GLUCOTROL XL | QL(30 / 30) |
| *glipizide er 10 mg tab er 24 hr* | 6 | GLUCOTROL XL | QL(60 / 30) |
| *glyburide 1.25 mg tab, 2.5 mg tab, 5 mg tab* | 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) |
| *metformin hcl 1000 mg tab* | 6 | GLUCOPHAGE | QL(75 / 30) |
| *metformin hcl 850 mg tab* | 6 | GLUCOPHAGE | QL(90 / 30) |
| *metformin hcl 500 mg tab* | 6 | GLUCOPHAGE | QL(150 / 30) |
| *metformin hcl er 750 mg tab er 24 hr* | 6 | GLUCOPHAGE XR | QL(60 / 30) |
| *metformin hcl er 500 mg tab er 24 hr* | 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 | | PANSO, QL(2 / 28) |
| OZEMPIC 1.5 mg tab, 4 mg tab, 9 mg tab | 3 | | PANSO, QL(30 / 30) |
| OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE) 2 mg/3ml sc soln pen-inj | 3 | | PANSO, QL(3 / 28) |
| OZEMPIC (1 MG/DOSE) 4 mg/3ml sc soln pen-inj | 3 | | PANSO, QL(6 / 28) |
| OZEMPIC (2 MG/DOSE) 8 mg/3ml sc soln pen-inj | 3 | | PANSO, 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] |
|---|---|---|---|
| *pioglitazone hcl 15 mg tab, 30 mg tab, 45 mg tab* | 6 | ACTOS | QL(30 / 30) |
| *repaglinide 0.5 mg tab, 1 mg tab* | 6 | PRANDIN | QL(120 / 30) |
| *repaglinide 2 mg tab* | 6 | PRANDIN | QL(240 / 30) |
| RYBELSUS (FORMULATION R2) 1.5 mg tab, 4 mg tab, 9 mg tab | 3 | | PANSO, QL(30 / 30) |
| *sitagliptin phosphate 100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab* | 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)** | | | |
| *dapagliflozin-metformin hcl er 10-500 mg tab er 24 hr* | 2 | | QL(30 / 30) |
| *dapagliflozin-metformin hcl er 5-500 mg tab er 24 hr* | 2 | | QL(60 / 30) |
| *glipizide-metformin hcl 2.5-500 mg tab, 5-500 mg tab* | 6 | METAGLIP | QL(120 / 30) |
| *glipizide-metformin hcl 2.5-250 mg tab* | 6 | METAGLIP | QL(240 / 30) |
| *glyburide-metformin 1.25-250 mg tab, 2.5-500 mg tab, 5-500 mg tab* | 6 | GLUCOVANCE | HR |
| 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) |
| *sitaglip phos-metformin hcl er 100-1000 mg tab er 24 hr* | 2 | | QL(30 / 30) |
| *sitaglip phos-metformin hcl er 50-1000 mg tab er 24 hr, 50-500 mg tab er 24 hr* | 2 | | QL(60 / 30) |
| *sitagliptin phos-metformin hcl 50-1000 mg tab, 50-500 mg tab* | 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) |

[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] |
|---|---|---|---|
| XIGDUO XR 10-1000 mg tab er 24 hr | 3 | | QL(30 / 30) |
| XIGDUO XR 2.5-1000 mg tab er 24 hr, 5-1000 mg tab er 24 hr | 3 | | QL(60 / 30) |
| **Agentes Glucémicos** | | | |
| *diazoxide 50 mg/ml susp* | 2 | PROGLYCEM | |
| 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 | | |
| *mifepristone 300 mg tab* | 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 | | PANSO, 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) |
| *gauze pads 2"X2" pad* | 1 | | |
| HUMULIN R U-500 KWIKPEN 500 unit/ml sc soln pen-inj | 3 | | QL(24 / 28) |
| LANTUS 100 unit/ml sc soln | 3 | | QL(40 / 28) |
| LANTUS SOLOSTAR 100 unit/ml sc soln pen-inj | 3 | | QL(30 / 28) |
| NOVOLIN 70/30 (70-30) 100 unit/ml sc susp | 3 | | QL(40 / 28) |
| NOVOLIN 70/30 FLEXPEN (70-30) 100 unit/ml sc susp pen-inj | 3 | | QL(30 / 28) |
| NOVOLIN N 100 unit/ml sc susp | 3 | | QL(40 / 28) |
| NOVOLIN N FLEXPEN 100 unit/ml sc susp pen-inj | 3 | | QL(30 / 28) |
| NOVOLIN R 100 unit/ml inj soln | 3 | | 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] |
|---|---|---|---|
| NOVOLIN R FLEXPEN 100 unit/ml Injection Solution Pen-injector | 3 | | QL(30 / 28) |
| NOVOLOG 100 unit/ml inj soln | 3 | | QL(40 / 28) |
| NOVOLOG FLEXPEN 100 unit/ml sc soln pen-inj | 3 | | QL(30 / 28) |
| NOVOLOG MIX 70/30 (70-30) 100 unit/ml sc susp | 3 | | QL(40 / 28) |
| NOVOLOG MIX 70/30 FLEXPEN (70-30) 100 unit/ml sc susp pen-inj | 3 | | QL(30 / 28) |
| NOVOLOG PENFILL 100 unit/ml sc soln cart | 3 | | 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** | | | |
| *tranexamic acid 650 mg tab* | 2 | LYSTEDA | |
| **Agentes Modificadores de Plaquetas** | | | |
| CABLIVI 11 mg inj kit | 5 | | PA, QL(30 / 30) |
| *dipyridamole 25 mg tab, 50 mg tab, 75 mg tab* | 2 | PERSANTINE | HR |
| TAVALISSE 100 mg tab, 150 mg tab | 5 | | PA, QL(60 / 30) |
| **PRODUCTOS PARA LA SANGRE/MODIFICADORES/EXPANSORES DE VOLUMEN** | | | |
| **Anticoagulantes** | | | |
| *dabigatran etexilate mesylate 110 mg cap* | 2 | | |
| *dabigatran etexilate mesylate 150 mg cap, 75 mg cap* | 2 | PRADAXA | |

[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 0.15 mg cap sprinkle, 0.5 mg tab sol | 3 | | |
| ELIQUIS 2.5 mg tab | 3 | | QL(60 / 30) |
| ELIQUIS 5 mg tab | 3 | | QL(74 / 30) |
| ELIQUIS (1.5 MG PACK) 3 x 0.5 mg tab sol | 3 | | |
| ELIQUIS (2 MG PACK) 4 x 0.5 mg tab sol | 3 | | |
| ELIQUIS DVT/PE STARTER PACK 5 mg tab pack | 3 | | |
| *enoxaparin sodium 30 mg/0.3ml inj soln pfs* | 3 | LOVENOX | QL(18 / 30) |
| *enoxaparin sodium 40 mg/0.4ml inj soln pfs* | 3 | LOVENOX | QL(24 / 30) |
| *enoxaparin sodium 60 mg/0.6ml inj soln pfs* | 3 | LOVENOX | QL(36 / 30) |
| *enoxaparin sodium 120 mg/0.8ml inj soln pfs, 80 mg/0.8ml inj soln pfs* | 3 | LOVENOX | QL(48 / 30) |
| *enoxaparin sodium 100 mg/ml inj soln pfs, 150 mg/ml inj soln pfs* | 3 | LOVENOX | QL(60 / 30) |
| *fondaparinux sodium 2.5 mg/0.5ml sc soln* | 3 | ARIXTRA | QL(15 / 30) |
| *fondaparinux sodium 5 mg/0.4ml sc soln* | 5 | ARIXTRA | QL(12 / 30) |
| *fondaparinux sodium 7.5 mg/0.6ml sc soln* | 5 | ARIXTRA | QL(18 / 30) |
| *fondaparinux sodium 10 mg/0.8ml sc soln* | 5 | ARIXTRA | QL(24 / 30) |
| *heparin sodium (porcine) 1000 unit/ml inj soln, 10000 unit/ml inj soln, 20000 unit/ml inj soln, 5000 unit/ml inj soln* | 2 | | |
| *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* | 1 | COUMADIN | |
| *rivaroxaban 2.5 mg tab* | 2 | | QL(60 / 30) |
| *rivaroxaban 1 mg/ml susp* | 2 | | QL(900 / 30) |
| *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* | 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** | | | |
| *anagrelide hcl 0.5 mg cap, 1 mg cap* | 2 | AGRYLIN | |

[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 20 mg tab | 5 | | PA, QL(60 / 30) |
| DOPTELET SPRINKLE 10 mg cap sprinkle | 5 | | PA, QL(120 / 30) |
| FULPHILA 6 mg/0.6ml sc soln pfs | 5 | | PA |
| LEUKINE 250 mcg inj soln | 5 | | |
| MULPLETA 3 mg tab | 5 | | PA, QL(7 / 7) |
| NEULASTA 6 mg/0.6ml sc soln pfs | 5 | | PA |
| 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 tdwk patch, 0.2 mg/24hr tdwk patch* | 4 | CATAPRES-TTS | QL(4 / 28) |
| *clonidine 0.3 mg/24hr tdwk patch* | 4 | CATAPRES-TTS | QL(8 / 28) |
| *clonidine hcl 0.1 mg tab, 0.2 mg tab, 0.3 mg tab* | 1 | CATAPRES | |
| *droxidopa 100 mg cap, 200 mg cap, 300 mg cap* | 4 | NORTHERA | PA, QL(180 / 30) |
| *guanfacine hcl 1 mg tab, 2 mg tab* | 2 | TENEX | 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] |
|---|---|---|---|
| *midodrine hcl 10 mg tab, 2.5 mg tab, 5 mg tab* | 2 | PROAMATINE | |
| **Agentes Bloqueadores Alfa-Adrenérgicos** | | | |
| *doxazosin mesylate 1 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab, 8 mg tab* | 2 | CARDURA | |
| *prazosin hcl 1 mg cap, 2 mg cap, 5 mg cap* | 4 | MINIPRESS | |
| *terazosin hcl 1 mg cap, 10 mg cap, 2 mg cap, 5 mg cap* | 1 | HYTRIN | |
| **Antagonistas del Receptor de Angiotensina II** | | | |
| *azilsartan medoxomil 40 mg tab, 80 mg tab* | 2 | | |
| *candesartan cilexetil 16 mg tab, 32 mg tab, 4 mg tab, 8 mg tab* | 4 | ATACAND | |
| *irbesartan 150 mg tab, 300 mg tab, 75 mg tab* | 6 | AVAPRO | |
| *losartan potassium 100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab* | 6 | COZAAR | |
| *olmesartan medoxomil 20 mg tab, 40 mg tab, 5 mg tab* | 6 | BENICAR | |
| *telmisartan 20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab* | 6 | MICARDIS | |
| *valsartan 160 mg tab, 320 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab* | 6 | DIOVAN | |
| **Inhibidores de la Enzima Convertidora de Angiotensina (ECA)** | | | |
| *benazepril hcl 10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 5 mg tab* | 6 | LOTENSIN | |
| *captopril 100 mg tab, 12.5 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab* | 2 | CAPOTEN | |
| *enalapril maleate 10 mg tab, 2.5 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab* | 6 | VASOTEC | |
| *fosinopril sodium 10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab* | 6 | MONOPRIL | |
| *lisinopril 10 mg tab, 2.5 mg tab, 20 mg tab, 30 mg tab, 40 mg tab, 5 mg tab* | 6 | ZESTRIL | |
| *perindopril erbumine 2 mg tab, 4 mg tab, 8 mg tab* | 6 | ACEON | |
| *quinapril hcl 10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 5 mg tab* | 6 | ACCUPRIL | |
| *ramipril 1.25 mg cap, 10 mg cap, 2.5 mg cap, 5 mg cap* | 6 | ALTACE | |
| *trandolapril 1 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab* | 6 | MAVIK | |
| **Antiarrítmicos** | | | |
| *amiodarone hcl 200 mg tab* | 1 | CORDARONE | |
| *amiodarone hcl 400 mg tab* | 4 | CORDARONE | |

[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] |
|---|---|---|---|
| *disopyramide phosphate 100 mg cap, 150 mg cap* | 3 | NORPACE | PAHRM,HR |
| *dofetilide 125 mcg cap, 250 mcg cap, 500 mcg cap* | 4 | TIKOSYN | |
| *flecainide acetate 100 mg tab, 150 mg tab, 50 mg tab* | 2 | TAMBOCOR | |
| *lidocaine hcl (cardiac) pf 100 mg/5ml iv soln* | 1 | | |
| *mexiletine hcl 150 mg cap, 200 mg cap, 250 mg cap* | 2 | MEXITIL | |
| MULTAQ 400 mg tab | 3 | | |
| *pacerone 200 mg tab* | 4 | CORDARONE | |
| *propafenone hcl 150 mg tab, 225 mg tab, 300 mg tab* | 2 | RYTHMOL | |
| *quinidine sulfate 200 mg tab* | 1 | | |
| *quinidine sulfate 300 mg tab* | 2 | | |
| *sotalol hcl 120 mg tab, 160 mg tab, 240 mg tab, 80 mg tab* | 2 | BETAPACE | |
| *sotalol hcl (af) 120 mg tab, 160 mg tab, 80 mg tab* | 2 | BETAPACE AF | |
| **Agentes Bloqueadores Beta-Adrenérgicos** | | | |
| *acebutolol hcl 200 mg cap, 400 mg cap* | 2 | SECTRAL | |
| *atenolol 100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab* | 1 | TENORMIN | |
| *betaxolol hcl 10 mg tab, 20 mg tab* | 2 | KERLONE | |
| *bisoprolol fumarate 2.5 mg tab* | 2 | | |
| *bisoprolol fumarate 10 mg tab, 5 mg tab* | 2 | ZEBETA | |
| *carvedilol 12.5 mg tab, 25 mg tab, 3.125 mg tab, 6.25 mg tab* | 1 | COREG | |
| *labetalol hcl 400 mg tab* | 2 | | |
| *labetalol hcl 100 mg tab, 200 mg tab, 300 mg tab* | 2 | NORMODYNE | |
| *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* | 1 | TOPROL XL | |
| *metoprolol tartrate 100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab* | 1 | LOPRESSOR | |
| *nebivolol hcl 10 mg tab, 2.5 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab* | 2 | BYSTOLIC | |
| *propranolol hcl 10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 60 mg tab, 80 mg tab* | 2 | INDERAL | |
| *propranolol hcl 20 mg/5ml soln, 40 mg/5ml soln* | 2 | INDERAL | |

[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] |
|---|---|---|---|
| *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* | 4 | INDERAL LA | |
| **Agentes Bloqueadores de los Canales de Calcio** | | | |
| *amlodipine besylate 10 mg tab, 2.5 mg tab, 5 mg tab* | 1 | NORVASC | |
| *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* | 2 | CARDIZEM CD | |
| *dilt-xr 120 mg cap er 24 hr, 180 mg cap er 24 hr, 240 mg cap er 24 hr* | 2 | DILACOR XR | |
| *diltiazem hcl 120 mg tab, 30 mg tab, 60 mg tab, 90 mg tab* | 2 | CARDIZEM | |
| *diltiazem hcl er 120 mg cap er 12 hr, 60 mg cap er 12 hr, 90 mg cap er 12 hr* | 4 | CARDIZEM | |
| *diltiazem hcl er beads 180 mg cap er 24 hr, 420 mg cap er 24 hr* | 2 | TIAZAC | |
| *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* | 2 | CARDIZEM CD | |
| *nicardipine hcl 20 mg cap, 30 mg cap* | 4 | CARDENE | |
| *nifedipine 10 mg cap, 20 mg cap* | 4 | PROCARDIA | HR |
| *nifedipine er 30 mg tab er 24 hr, 60 mg tab er 24 hr, 90 mg tab er 24 hr* | 2 | ADALAT CC | |
| *nifedipine er osmotic release 30 mg tab er 24 hr, 60 mg tab er 24 hr, 90 mg tab er 24 hr* | 2 | PROCARDIA XL | |
| *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* | 2 | TIAZAC | |
| *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* | 2 | TIAZAC | |
| *verapamil hcl 120 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab* | 1 | CALAN | |
| *verapamil hcl er 120 mg tab er, 180 mg tab er, 240 mg tab er* | 2 | CALAN | |
| *verapamil hcl er 120 mg cap er 24 hr, 180 mg cap er 24 hr, 240 mg cap er 24 hr* | 2 | VERELAN | |
| *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* | 4 | VERELAN | |
| **Agentes Cardiovasculares (Productos en Combinación)** | | | |

[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] |
|---|---|---|---|
| *amiloride-hydrochlorothiazide 5-50 mg tab* | 2 | MODURETIC | |
| *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* | 6 | LOTREL | |
| *amlodipine besylate-valsartan 10-160 mg tab, 10-320 mg tab, 5-160 mg tab, 5-320 mg tab* | 6 | EXFORGE | |
| *atenolol-chlorthalidone 100-25 mg tab, 50-25 mg tab* | 2 | TENORETIC | |
| *benazepril-hydrochlorothiazide 10-12.5 mg tab, 20-12.5 mg tab, 20-25 mg tab, 5-6.25 mg tab* | 6 | LOTENSIN HCT | |
| *bisoprolol-hydrochlorothiazide 10-6.25 mg tab, 2.5-6.25 mg tab, 5-6.25 mg tab* | 2 | ZIAC | |
| EDARBYCLOR 40-12.5 mg tab, 40-25 mg tab | 3 | | |
| *enalapril-hydrochlorothiazide 10-25 mg tab, 5-12.5 mg tab* | 6 | VASERETIC | |
| HYZAAR 50-12.5 mg tab | 6 | | |
| *irbesartan-hydrochlorothiazide 150-12.5 mg tab, 300-12.5 mg tab* | 6 | AVALIDE | |
| *lisinopril-hydrochlorothiazide 10-12.5 mg tab, 20-12.5 mg tab, 20-25 mg tab* | 6 | ZESTORETIC | |
| *losartan potassium-hctz 100-12.5 mg tab, 100-25 mg tab, 50-12.5 mg tab* | 6 | HYZAAR | |
| *metoprolol-hydrochlorothiazide 100-25 mg tab, 100-50 mg tab, 50-25 mg tab* | 2 | LOPRESSOR HCT | |
| *olmesartan medoxomil-hctz 20-12.5 mg tab, 40-12.5 mg tab, 40-25 mg tab* | 6 | BENICAR HCT | |
| *quinapril-hydrochlorothiazide 10-12.5 mg tab, 20-12.5 mg tab, 20-25 mg tab* | 6 | ACCURETIC | |
| *triamterene-hctz 37.5-25 mg cap* | 1 | DYAZIDE | |
| *triamterene-hctz 37.5-25 mg tab, 75-50 mg tab* | 1 | MAXZIDE | |
| *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* | 6 | DIOVAN HCT | |
| **Agentes Cardiovasculares, Combinación** | | | |
| BIDIL 20-37.5 mg tab | 3 | | |
| **Agentes Cardiovasculares, Otros** | | | |
| *aliskiren fumarate 150 mg tab, 300 mg tab* | 4 | TEKTURNA | |
| *digoxin 125 mcg tab, 250 mcg tab* | 2 | LANOXIN | 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] |
|---|---|---|---|
| ENTRESTO 15-16 mg cap sprinkle, 6-6 mg cap sprinkle | 3 | | |
| *ivabradine hcl 5 mg tab, 7.5 mg tab* | 2 | | QL(60 / 30) |
| KERENDIA 10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab | 3 | | |
| *metyrosine 250 mg cap* | 5 | DEMSER | |
| *pentoxifylline er 400 mg tab er* | 2 | TRENTAL | |
| *ranolazine er 1000 mg tab er 12 hr* | 4 | RANEXA | QL(60 / 30) |
| *ranolazine er 500 mg tab er 12 hr* | 4 | RANEXA | QL(120 / 30) |
| *sacubitril-valsartan 49-51 mg tab, 97-103 mg tab* | 2 | | QL(60 / 30) |
| *sacubitril-valsartan 24-26 mg tab* | 2 | | QL(180 / 30) |
| VERQUVO 10 mg tab, 2.5 mg tab, 5 mg tab | 3 | | PA |
| **Diuréticos, Inhibidores de la Anhidrasa Carbónica** | | | |
| *acetazolamide 125 mg tab, 250 mg tab* | 2 | DIAMOX | |
| *acetazolamide er 500 mg cap er 12 hr* | 2 | DIAMOX | |
| *dichlorphenamide 50 mg tab* | 5 | KEVEYIS | PA, QL(120 / 30) |
| **Diuréticos, Asa de Henle** | | | |
| *bumetanide 0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab* | 2 | BUMEX | |
| *bumetanide 0.25 mg/ml inj soln* | 4 | BUMEX | |
| *furosemide 20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab* | 1 | LASIX | |
| *furosemide 10 mg/ml inj soln, 10 mg/ml soln, 8 mg/ml soln* | 2 | LASIX | |
| *torsemide 10 mg tab, 100 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab* | 2 | DEMADEX | |
| **Diuréticos, Conservadores de Potasio** | | | |
| *amiloride hcl 5 mg tab* | 2 | MIDAMOR | |
| *eplerenone 25 mg tab, 50 mg tab* | 4 | INSPRA | |
| *spironolactone 100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab* | 1 | ALDACTONE | |
| **Diuréticos, Tiazidas** | | | |
| *chlorthalidone 25 mg tab, 50 mg tab* | 2 | HYGROTON | |
| *hydrochlorothiazide 25 mg tab, 50 mg tab* | 1 | HYDRODIURIL | |
| *hydrochlorothiazide 12.5 mg cap, 12.5 mg tab* | 1 | MICROZIDE | |
| *indapamide 1.25 mg tab, 2.5 mg tab* | 1 | LOZOL | |
| *metolazone 10 mg tab, 2.5 mg tab, 5 mg tab* | 2 | ZAROXOLYN | |
| **Dislipidémicos, Derivados del Ácido Fíbrico** | | | |
| *fenofibrate 145 mg tab, 160 mg tab, 48 mg tab, 54 mg tab* | 2 | TRICOR | |

[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] |
|---|---|---|---|
| *fenofibrate micronized 134 mg cap, 200 mg cap, 67 mg cap* | 4 | TRICOR | |
| *gemfibrozil 600 mg tab* | 1 | LOPID | |
| **Dislipidémicos, Inhibidores de la HMG CoA Reductasa** | | | |
| *atorvastatin calcium 10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab* | 6 | LIPITOR | QL(30 / 30) |
| LIVALO 1 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab | 3 | | QL(30 / 30) |
| *lovastatin 10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab* | 6 | MEVACOR | |
| *pravastatin sodium 10 mg tab, 80 mg tab* | 6 | PRAVACHOL | |
| *pravastatin sodium 20 mg tab, 40 mg tab* | 6 | PRAVACHOL | QL(30 / 30) |
| *rosuvastatin calcium 10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 5 mg tab* | 6 | CRESTOR | QL(30 / 30) |
| *simvastatin 10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 5 mg tab, 80 mg tab* | 6 | ZOCOR | QL(30 / 30) |
| **Dislipidémicos, Otros** | | | |
| *cholestyramine 4 gm pckt* | 2 | QUESTRAN | |
| *cholestyramine light 4 gm pckt* | 2 | QUESTRAN LIGHT | |
| *colestipol hcl 1 gm tab* | 2 | COLESTID | |
| *colestipol hcl 5 gm pckt* | 3 | COLESTID | |
| *ezetimibe 10 mg tab* | 2 | ZETIA | QL(30 / 30) |
| *icosapent ethyl 1 gm cap* | 1 | VASCEPA | QL(120 / 30) |
| *icosapent ethyl 0.5 gm cap* | 1 | VASCEPA | QL(240 / 30) |
| JUXTAPID 10 mg cap, 30 mg cap | 5 | | PA, QL(30 / 30) |
| JUXTAPID 5 mg cap | 5 | | PA, QL(45 / 30) |
| JUXTAPID 20 mg cap | 5 | | PA, QL(90 / 30) |
| LEQVIO 284 mg/1.5ml sc soln pfs | 1 | | PA, QL(1.5 / 90) |
| NEXLETOL 180 mg tab | 3 | | PA, QL(30 / 30) |
| NEXLIZET 180-10 mg tab | 3 | | PA, QL(30 / 30) |
| *niacin er (antihyperlipidemic) 500 mg tab er* | 2 | NIASPAN | |
| *niacin er (antihyperlipidemic) 1000 mg tab er, 750 mg tab er* | 4 | NIASPAN | |
| *omega-3-acid ethyl esters 1 gm cap* | 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) |
| *prevalite 4 gm pckt* | 2 | QUESTRAN LIGHT | |
| REPATHA 140 mg/ml sc soln pfs | 3 | | QL(6 / 28) |
| REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM 420 mg/3.5ml sc soln cart | 3 | | QL(7 / 28) |
| REPATHA SURECLICK 140 mg/ml sc soln auto-inj | 3 | | QL(6 / 28) |
| **Vasodilatadores Arteriales de Acción Directa** | | | |

[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] |
|---|---|---|---|
| *hydralazine hcl 10 mg tab, 100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab* | 2 | APRESOLINE | |
| *minoxidil 10 mg tab, 2.5 mg tab* | 2 | LONITEN | |
| **Vasodilatadores Arteriovenosos de Acción Directa** | | | |
| *isosorbide dinitrate 10 mg tab, 20 mg tab, 30 mg tab, 5 mg tab* | 2 | ISORDIL TITRADOSE | |
| *isosorbide mononitrate er 120 mg tab er 24 hr, 30 mg tab er 24 hr, 60 mg tab er 24 hr* | 1 | IMDUR | |
| *nitroglycerin 0.4 % rect oint* | 4 | | QL(30 / 30) |
| *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* | 2 | NITRO-DUR | |
| *nitroglycerin 0.3 mg tab subl, 0.4 mg tab subl, 0.6 mg tab subl* | 2 | NITROSTAT | |
| **AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL** | | | |
| **Agentes para el Desorden de Déficit de Atención e Hiperactividad, Anfetaminas** | | | |
| *amphetamine-dextroamphet er 10 mg cap er 24 hr, 15 mg cap er 24 hr, 5 mg cap er 24 hr* | 4 | ADDERALL XR | QL(30 / 30) |
| *amphetamine-dextroamphet er 20 mg cap er 24 hr, 25 mg cap er 24 hr, 30 mg cap er 24 hr* | 4 | ADDERALL XR | QL(60 / 30) |
| *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* | 2 | ADDERALL | QL(60 / 30) |
| *dextroamphetamine sulfate 2.5 mg tab, 7.5 mg tab* | 4 | | QL(90 / 30) |
| *dextroamphetamine sulfate 5 mg tab* | 4 | DEXTROSTAT | QL(90 / 30) |
| *dextroamphetamine sulfate 10 mg tab* | 4 | DEXTROSTAT | QL(180 / 30) |
| *dextroamphetamine sulfate 20 mg tab, 30 mg tab* | 4 | ZENZEDI | QL(60 / 30) |
| *dextroamphetamine sulfate 15 mg tab* | 4 | ZENZEDI | QL(90 / 30) |
| **Agentes para el Desorden de Déficit de Atención e Hiperactividad, No-Anfetaminas** | | | |
| *armodafinil 150 mg tab, 200 mg tab, 250 mg tab, 50 mg tab* | 2 | NUVIGIL | QL(30 / 30) |
| *atomoxetine hcl 100 mg cap, 60 mg cap, 80 mg cap* | 3 | STRATTERA | QL(30 / 30) |
| *atomoxetine hcl 10 mg cap, 18 mg cap, 25 mg cap, 40 mg cap* | 3 | STRATTERA | QL(60 / 30) |
| *dexmethylphenidate hcl 10 mg tab, 2.5 mg tab, 5 mg tab* | 2 | FOCALIN | QL(60 / 30) |
| *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* | 2 | INTUNIV | 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] |
|---|---|---|---|
| *methylphenidate hcl 10 mg/5ml soln, 5 mg/5ml soln* | 2 | METHYLIN | QL(900 / 30) |
| *methylphenidate hcl 10 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab* | 2 | RITALIN | QL(90 / 30) |
| *methylphenidate hcl er (cd) 10 mg cap er, 20 mg cap er, 40 mg cap er, 50 mg cap er, 60 mg cap er* | 4 | METADATE CD | QL(30 / 30) |
| *methylphenidate hcl er (cd) 30 mg cap er* | 4 | METADATE CD | QL(60 / 30) |
| *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* | 4 | RITALIN LA | QL(30 / 30) |
| *methylphenidate hcl er (la) 30 mg cap er 24 hr* | 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 |
| *riluzole 50 mg tab* | 2 | RILUTEK | QL(60 / 30) |
| *tetrabenazine 12.5 mg tab* | 4 | XENAZINE | PA, QL(112 / 28) |
| *tetrabenazine 25 mg tab* | 5 | XENAZINE | PA, QL(112 / 28) |
| VEOZAH 45 mg tab | 3 | | PANSO, QL(30 / 30) |
| **Agentes para Fibromialgia** | | | |
| *milnacipran hcl 100 mg tab, 12.5 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab* | 2 | | QL(60 / 30) |
| SAVELLA TITRATION PACK 12.5 & 25 & 50 mg oral misc | 3 | | |
| **Agentes para la Esclerosis Múltiple** | | | |
| AVONEX PEN 30 mcg/0.5ml im auto-inj kit | 5 | | PA, QL(1 / 28) |
| AVONEX PREFILLED 30 mcg/0.5ml im pfs kit | 5 | | PA, QL(1 / 28) |
| BETASERON 0.3 mg sc kit | 5 | | PA, QL(15 / 30) |
| *cladribine (10 tabs) 10 mg tab pack* | 5 | | PA |

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

| Nombre del Medicamento | Nivel | Nombre de Referencia | Requisitos/Límites[1] |
|---|---|---|---|
| *cladribine (4 tabs) 10 mg tab pack* | 5 | | PA |
| *cladribine (5 tabs) 10 mg tab pack* | 5 | | PA |
| *cladribine (6 tabs) 10 mg tab pack* | 5 | | PA |
| *cladribine (7 tabs) 10 mg tab pack* | 5 | | PA |
| *cladribine (8 tabs) 10 mg tab pack* | 5 | | PA |
| *cladribine (9 tabs) 10 mg tab pack* | 5 | | PA |
| *dalfampridine er 10 mg tab er 12 hr* | 2 | AMPYRA | PA, QL(60 / 30) |
| *dimethyl fumarate 120 mg cap dr* | 4 | TECFIDERA | PA, QL(14 / 7) |
| *dimethyl fumarate 240 mg cap dr* | 4 | TECFIDERA | PA, QL(60 / 30) |
| *dimethyl fumarate starter pack 120 & 240 mg cap dr pack* | 4 | TECFIDERA STARTER PACK | PA |
| *fingolimod hcl 0.5 mg cap* | 5 | GILENYA | PA, QL(30 / 30) |
| *glatiramer acetate 40 mg/ml sc soln pfs* | 5 | COPAXONE | PA, QL(12 / 28) |
| *glatiramer acetate 20 mg/ml sc soln pfs* | 5 | COPAXONE | PA, QL(30 / 30) |
| *glatopa 40 mg/ml sc soln pfs* | 5 | COPAXONE | PA, QL(12 / 28) |
| *glatopa 20 mg/ml sc soln pfs* | 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 7 x 0.25 mg tab pack | 4 | | PA |
| MAYZENT STARTER PACK 12 x 0.25 mg tab pack | 5 | | PA |
| OCREVUS 300 mg/10ml iv soln | 1 | | PA |
| OCREVUS ZUNOVO 920-23000 mg-ut/23ml sc soln | 1 | | PA, QL(1 / 180) |
| PLEGRIDY 125 mcg/0.5ml sc soln auto-inj, 125 mcg/0.5ml sc soln pfs | 5 | | PA, QL(1 / 28) |
| *teriflunomide 14 mg tab, 7 mg tab* | 5 | AUBAGIO | PA, QL(30 / 30) |
| VUMERITY 231 mg cap dr | 5 | | PA, QL(120 / 30) |
| **AGENTES DENTALES Y ORALES** | | | |
| **AGENTES DENTALES Y ORALES** | | | |
| *chlorhexidine gluconate 0.12 % m/t soln* | 1 | PERIDEX | |
| *kourzeq 0.1 % m/t paste* | 2 | KENALOG IN ORABASE | |
| *oralone 0.1 % m/t paste* | 2 | KENALOG IN ORABASE | |
| *periogard 0.12 % m/t soln* | 1 | PERIDEX | |
| *pilocarpine hcl 5 mg tab, 7.5 mg tab* | 2 | SALAGEN | |
| *triamcinolone acetonide 0.1 % m/t paste* | 2 | KENALOG IN ORABASE | |
| **AGENTES DERMATOLÓGICOS** | | | |
| **Agentes para Dermatitis y Prurito** | | | |
| EUCRISA 2 % Topical Ointment | 3 | | |
| **AGENTES DERMATOLÓGICOS** | | | |

[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] |
|---|---|---|---|
| *accutane 10 mg cap, 20 mg cap, 30 mg cap, 40 mg cap* | 2 | ABSORICA | |
| *acitretin 10 mg cap, 17.5 mg cap, 25 mg cap* | 2 | SORIATANE | |
| *adapalene 0.1 % Topical Cream* | 4 | DIFFERIN | |
| ALTRENO 0.05 % Topical Lotion | 4 | | PA |
| *ammonium lactate 12 % Topical Cream, 12 % Topical Lotion* | 2 | LAC-HYDRIN | |
| *calcipotriene 0.005 % Topical Cream* | 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) |
| *fluorouracil 0.5 % Topical Cream* | 5 | CARAC | |
| *fluorouracil 2 % Topical Solution, 5 % Topical Solution* | 2 | EFUDEX | |
| *isotretinoin 10 mg cap, 20 mg cap, 30 mg cap, 40 mg cap* | 2 | ABSORICA | |
| *methoxsalen rapid 10 mg cap* | 5 | OXSORALEN-ULTRA | |
| OTEZLA 10 & 20 & 30 mg tab pack, 4 x 10 & 51 x20 mg tab pack | 5 | | PA |
| OTEZLA 20 mg tab, 30 mg tab | 5 | | PA, QL(60 / 30) |
| OTEZLA XR 75 mg tab er 24 hr | 5 | | PA, QL(30 / 30) |
| OTEZLA/OTEZLA XR INITIATION PK 10&20&30&(ER)75 mg tab pack | 5 | | PA |
| *pimecrolimus 1 % Topical Cream* | 4 | ELIDEL | QL(100 / 30) |
| *podofilox 0.5 % Topical Solution* | 2 | CONDYLOX | |
| SANTYL 250 unit/gm Topical Ointment | 4 | | QL(180 / 30) |
| *selenium sulfide 2.5 % Topical Lotion* | 2 | SELSUN | |
| STELARA 45 mg/0.5ml sc soln, 45 mg/0.5ml sc soln pfs | 5 | | PA, QL(0.5 / 28) |
| STELARA 90 mg/ml sc soln pfs | 5 | | PA, QL(1 / 28) |
| STEQEYMA 45 mg/0.5ml sc soln, 45 mg/0.5ml sc soln pfs | 4 | | PA, QL(0.5 / 28) |
| STEQEYMA 90 mg/ml sc soln pfs | 4 | | PA, QL(1 / 28) |
| *tacrolimus 0.03 % Topical Ointment, 0.1 % Topical Ointment* | 4 | PROTOPIC | QL(100 / 30) |
| *tazarotene 0.05 % Topical Cream* | 4 | | |
| *tazarotene 0.1 % Topical Cream* | 4 | TAZORAC | |

[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] |
|---|---|---|---|
| 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) |
| *tretinoin 0.05 % Topical Gel* | 4 | ATRALIN | PA |
| *tretinoin 0.01 % Topical Gel, 0.025 % Topical Cream, 0.025 % Topical Gel, 0.05 % Topical Cream, 0.1 % Topical Cream* | 4 | RETIN-A | PA |
| *ustekinumab 45 mg/0.5ml sc soln, 45 mg/0.5ml sc soln pfs* | 5 | | PA, QL(0.5 / 28) |
| *ustekinumab 90 mg/ml sc soln pfs* | 5 | | PA, QL(1 / 28) |
| YESINTEK 45 mg/0.5ml sc soln, 45 mg/0.5ml sc soln pfs | 4 | | PA, QL(1 / 28) |
| YESINTEK 90 mg/ml sc soln pfs | 5 | | PA, QL(1 / 28) |
| *zenatane 10 mg cap, 20 mg cap, 30 mg cap, 40 mg cap* | 2 | ABSORICA | |
| **Agentes Dermatológicos (Productos en Combinación)** | | | |
| *clotrimazole-betamethasone 1-0.05 % Topical Cream* | 2 | LOTRISONE | QL(90 / 30) |
| **Agentes Dermatológicos, Otros** | | | |
| *calcipotriene 0.005 % Topical Solution* | 4 | DOVONEX | QL(120 / 30) |
| *diclofenac sodium 3 % Topical Gel* | 4 | SOLARAZE | PA, QL(100 / 28) |
| *fluorouracil 5 % Topical Cream* | 2 | EFUDEX | |
| *imiquimod 5 % Topical Cream* | 2 | ALDARA | QL(24 / 30) |
| **Pediculicidas/Escabicidas** | | | |
| *malathion 0.5 % Topical Lotion* | 4 | OVIDE | |
| *permethrin 5 % Topical Cream* | 2 | ELIMITE | |
| **Anti-infecciosos tópicos** | | | |
| ZELSUVMI 10.3 % Topical Gel | 5 | | PA, QL(62 / 84) |
| **ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS** | | | |
| **Reemplazo de Electrolitos/Minerales** | | | |
| *carglumic acid 200 mg tab sol* | 5 | CARBAGLU | |
| ISOLYTE-S PH 7.4 iv soln | 3 | | |
| *klor-con m10 10 meq tab er* | 2 | | |
| *klor-con m15 15 meq tab er* | 2 | KLOR-CON | |
| *klor-con m20 20 meq tab er* | 2 | KLOR-CON | |
| *levocarnitine 200 mg/ml iv soln* | 6 | | |
| *levocarnitine 1 gm/10ml soln* | 2 | CARNITOR | |
| *levocarnitine 330 mg tab* | 4 | CARNITOR | |
| *levocarnitine (dietary) 1 gm/10ml soln* | 2 | | |
| *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* | 2 | | |
| *magnesium sulfate 50 % inj soln* | 2 | | 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] |
|---|---|---|---|
| *magnesium sulfate in d5w 1-5 gm/100ml-% iv soln* | 2 | | |
| *multiple electro type 1 ph 7.4 iv soln* | 2 | | |
| PLASMA-LYTE 148 iv soln | 3 | | |
| PLASMA-LYTE A iv soln | 3 | | |
| *potassium chloride 2 meq/ml iv soln* | 1 | | PA(*) |
| *potassium chloride 20 MEQ/15ML (10%) soln, 40 MEQ/15ML (20%) soln* | 4 | K-SOL | |
| *potassium chloride crys er 10 meq tab er* | 2 | | |
| *potassium chloride crys er 15 meq tab er, 20 meq tab er* | 2 | KLOR-CON | |
| *potassium chloride er 15 meq tab er* | 2 | | |
| *potassium chloride er 20 meq tab er* | 2 | K-TAB | |
| *potassium chloride er 10 meq tab er, 8 meq tab er* | 2 | KLOR-CON | |
| *potassium chloride er 10 meq cap er, 8 meq cap er* | 2 | MICRO-K | |
| *potassium chloride in nacl 20-0.45 meq/l-% iv soln* | 2 | | |
| *potassium citrate er 10 MEQ (1080 mg) tab er, 15 MEQ (1620 mg) tab er, 5 MEQ (540 mg) tab er* | 2 | UROCIT-K | |
| REVCOVI 2.4 mg/1.5ml im soln | 5 | | PA |
| *sodium chloride 0.45 % iv soln, 0.9 % iv soln* | 2 | | |
| *sodium chloride (pf) 0.9 % inj soln* | 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(*) |
| 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(*) |

[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/DEXTROSE (5/15) 5 % iv soln | 4 | | PA(*) |
| CLINIMIX/DEXTROSE (5/20) 5 % iv soln | 4 | | PA(*) |
| *dextrose 5 % iv soln* | 2 | | |
| *dextrose 10 % iv soln* | 2 | | PA(*) |
| *dextrose-nacl 5-0.9 % iv soln* | 2 | | |
| *dextrose-nacl 5-0.45 % iv soln* | 4 | | |
| *dextrose-sodium chloride 5-0.9 % iv soln* | 2 | | |
| *dextrose-sodium chloride 5-0.45 % iv soln* | 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** | | | |
| *denta 5000 plus 1.1 % dental crm* | 1 | PREVIDENT 5000 PLUS | |
| *dentagel 1.1 % dental gel* | 1 | | |
| *sodium fluoride 1.1 % dental gel* | 1 | | |
| *sodium fluoride 5000 ppm 1.1 % dental crm* | 1 | PREVIDENT 5000 PLUS | |
| *sodium fluoride 5000 sensitive 1.1-5 % dental gel* | 1 | | |
| **Modificadores de Electrolitos/Minerales/Metales** | | | |
| *deferasirox 125 mg tab sol* | 2 | EXJADE | PA |
| *deferasirox 250 mg tab sol* | 4 | EXJADE | PA |
| *deferasirox 500 mg tab sol* | 5 | EXJADE | PA |
| *deferasirox 90 mg tab* | 3 | JADENU | PA |
| *deferasirox 180 mg tab, 360 mg tab* | 4 | JADENU | PA |
| *deferasirox granules 180 mg pckt, 360 mg pckt, 90 mg pckt* | 5 | JADENU SPRINKLE | PA |
| *deferiprone 1000 mg tab, 500 mg tab* | 5 | FERRIPROX | PA |
| FERRIPROX 100 mg/ml soln | 5 | | PA |
| LOKELMA 5 gm pckt | 3 | | QL(30 / 30) |
| LOKELMA 10 gm pckt | 3 | | QL(34 / 30) |
| *sodium polystyrene sulfonate 15 gm/60ml Multiple Routes Suspension* | 2 | | |
| *sodium polystyrene sulfonate oral pwdr* | 2 | KAYEXALATE | |

[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] |
|---|---|---|---|
| *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 | RENVELA | |
| *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** | | | |
| *alosetron hcl 0.5 mg tab* | 3 | LOTRONEX | |
| *alosetron 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 |
| *glycopyrrolate 1 mg tab, 2 mg tab* | 2 | ROBINUL | |
| *methscopolamine bromide 2.5 mg tab, 5 mg tab* | 4 | PAMINE | |
| **Agentes Gastrointestinales, Otros** | | | |
| *cromolyn sodium 100 mg/5ml oral conc* | 4 | GASTROCROM | |
| *diphenoxylate-atropine 2.5-0.025 mg tab* | 4 | LOMOTIL | 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] |
|---|---|---|---|
| GATTEX 5 mg sc kit | 5 | | PA |
| *loperamide hcl 2 mg cap* | 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 |
| *ursodiol 300 mg cap* | 2 | ACTIGALL | |
| *ursodiol 250 mg tab, 500 mg tab* | 2 | URSO | |
| VOWST cap | 5 | | PA |
| **Antagonistas del Receptor de Histamina2 (H2)** | | | |
| *cimetidine hcl 300 mg/5ml soln* | 2 | TAGAMET | |
| *famotidine 40 mg/4ml iv soln* | 2 | | |
| *famotidine 20 mg tab, 40 mg tab* | 1 | PEPCID | |
| *nizatidine 150 mg cap, 300 mg cap* | 2 | AXID | |
| **Agentes para el Síndrome del Colon Irritable** | | | |
| LINZESS 145 mcg cap, 290 mcg cap, 72 mcg cap | 3 | | QL(30 / 30) |
| *lubiprostone 24 mcg cap, 8 mcg cap* | 3 | AMITIZA | QL(60 / 30) |
| **Protectores** | | | |
| *misoprostol 100 mcg tab, 200 mcg tab* | 2 | CYTOTEC | |
| *sucralfate 1 gm tab* | 2 | CARAFATE | |
| **Inhibidores de la Bomba de Protones** | | | |
| *esomeprazole magnesium 20 mg cap dr* | 2 | NEXIUM | QL(30 / 30) |
| *esomeprazole magnesium 40 mg cap dr* | 2 | NEXIUM | QL(60 / 30) |
| *lansoprazole 15 mg cap dr* | 4 | PREVACID | QL(30 / 30) |
| *lansoprazole 30 mg cap dr* | 4 | PREVACID | QL(60 / 30) |
| *omeprazole 10 mg cap dr, 20 mg cap dr, 40 mg cap dr* | 1 | PRILOSEC | |
| *omeprazole-sodium bicarbonate 20-1100 mg cap, 40-1100 mg cap* | 4 | ZEGERID | QL(30 / 30), ST |
| *pantoprazole sodium 20 mg tab dr* | 1 | PROTONIX | QL(30 / 30) |
| *pantoprazole sodium 40 mg tab dr* | 1 | PROTONIX | QL(60 / 30) |
| *rabeprazole sodium 20 mg tab dr* | 2 | ACIPHEX | QL(30 / 30) |
| **DESORDEN GENÉTICO O ENZIMÁTICO: REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO** | | | |
| **DESORDEN GENÉTICO O ENZIMÁTICO: REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO** | | | |
| *betaine oral pwdr* | 5 | CYSTADANE | |
| CERDELGA 84 mg cap | 5 | | PA |
| CREON 12000-38000 unit cap dr prt, 24000-76000 unit cap dr prt, 3000-9500 unit cap dr prt, 36000-114000 unit cap dr prt, 6000-19000 unit cap dr prt | 3 | | |
| FORZINITY 280 mg/3.5ml sc soln | 5 | | PA, QL(4 / 28) |
| GLASSIA 1000 mg/50ml iv soln | 1 | | PA |

[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] |
|---|---|---|---|
| *glycerol phenylbutyrate 1.1 gm/ml liq* | 5 | | PA |
| *miglustat 100 mg cap* | 5 | ZAVESCA | PA, QL(90 / 30) |
| *nitisinone 10 mg cap, 2 mg cap, 20 mg cap, 5 mg cap* | 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(*) |
| *sapropterin dihydrochloride 100 mg tab* | 5 | KUVAN | |
| *sodium phenylbutyrate 500 mg tab* | 5 | BUPHENYL | |
| ZENPEP 10000-32000 unit cap dr prt, 15000-47000 unit cap dr prt, 20000-63000 unit cap dr prt, 25000-79000 unit cap dr prt, 3000-10000 unit cap dr prt, 40000-126000 unit cap dr prt, 5000-24000 unit cap dr prt, 60000-189600 unit cap dr prt | 3 | | |
| **DESORDEN GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO** | | | |
| **Desorden Genético o Enzimático o Proteico: Reemplazo, Modificadores, Tratamiento** | | | |
| EVRYSDI 0.75 mg/ml soln | 5 | | PA |
| GALAFOLD 123 mg cap | 5 | | PA, QL(14 / 28) |
| PYRUKYND 20 mg tab, 5 mg tab, 50 mg tab | 5 | | PA |
| PYRUKYND TAPER PACK 5 mg tab pack, 7 x 20 MG & 7 x 5 mg tab pack, 7 x 50 MG & 7 x 20 mg tab pack | 5 | | PA |
| VIJOICE 50 mg pckt | 5 | | PANSO |
| VYNDAMAX 61 mg cap | 5 | | PA, QL(30 / 30) |
| **AGENTES GENITOURINARIOS** | | | |
| **Antiespasmódicos, Urinarios** | | | |
| GEMTESA 75 mg tab | 4 | | |
| MYRBETRIQ 25 mg tab er 24 hr, 50 mg tab er 24 hr | 3 | | |
| *oxybutynin chloride 2.5 mg tab* | 2 | | |
| *oxybutynin chloride 5 mg tab* | 2 | DITROPAN | |
| *oxybutynin chloride 5 mg/5ml soln* | 2 | DITROPAN | |
| *oxybutynin chloride er 10 mg tab er 24 hr, 15 mg tab er 24 hr, 5 mg tab er 24 hr* | 2 | DITROPAN | |
| *tolterodine tartrate 1 mg tab, 2 mg tab* | 2 | DETROL | |
| *tolterodine tartrate er 2 mg cap er 24 hr, 4 mg cap er 24 hr* | 2 | DETROL LA | |

[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] |
|---|---|---|---|
| *trospium chloride 20 mg tab* | 4 | SANCTURA | |
| **Agentes para la Hipertrofia Prostática Benigna** | | | |
| *alfuzosin hcl er 10 mg tab er 24 hr* | 1 | UROXATRAL | QL(30 / 30) |
| *dutasteride 0.5 mg cap* | 2 | AVODART | |
| *finasteride 5 mg tab* | 1 | PROSCAR | |
| *tadalafil 2.5 mg tab, 5 mg tab* | 2 | CIALIS | PA, QL(30 / 30) |
| *tamsulosin hcl 0.4 mg cap* | 1 | FLOMAX | |
| **Agentes Genitourinarios, Otros** | | | |
| *bethanechol chloride 10 mg tab, 25 mg tab, 5 mg tab, 50 mg tab* | 2 | URECHOLINE | |
| ELMIRON 100 mg cap | 4 | | QL(90 / 30) |
| *penicillamine 250 mg cap* | 5 | CUPRIMINE | PA |
| *penicillamine 250 mg tab* | 5 | DEPEN TITRATABS | PA |
| *sildenafil citrate 100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab* | 1 | VIAGRA | EX, QL(6 / 30) |
| *tiopronin 100 mg tab dr, 300 mg tab dr* | 5 | | PA |
| *tiopronin 100 mg tab* | 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 |
| *ala-cort 1 % Topical Cream* | 1 | ALA-CORT | |
| *alclometasone dipropionate 0.05 % Topical Cream, 0.05 % Topical Ointment* | 2 | ACLOVATE | |
| *betamethasone dipropionate 0.05 % Topical Cream, 0.05 % Topical Ointment* | 2 | DIPROSONE | |
| *betamethasone dipropionate 0.05 % Topical Lotion* | 2 | DIPROSONE | |
| *betamethasone dipropionate aug 0.05 % Topical Cream, 0.05 % Topical Gel, 0.05 % Topical Ointment* | 2 | DIPROLENE | |
| *betamethasone dipropionate aug 0.05 % Topical Lotion* | 3 | DIPROLENE | |
| *betamethasone valerate 0.1 % Topical Cream, 0.1 % Topical Ointment* | 2 | BETA-VAL | |
| *betamethasone valerate 0.1 % Topical Lotion* | 2 | BETA-VAL | |
| *budesonide 2 mg rect foam* | 1 | | |
| *clobetasol prop emollient base 0.05 % Topical Cream* | 2 | TEMOVATE-E | |
| *clobetasol propionate 0.05 % Topical Solution* | 2 | TEMOVATE | |

[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] |
|---|---|---|---|
| *clobetasol propionate 0.05 % Topical Cream* | 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) |
| *desoximetasone 0.25 % Topical Cream* | 2 | TOPICORT | QL(120 / 30) |
| *dexamethasone 1 mg tab, 2 mg tab* | 2 | | |
| *dexamethasone 0.5 mg/5ml soln* | 2 | | |
| *dexamethasone 0.5 mg tab, 0.75 mg tab, 1.5 mg tab, 4 mg tab, 6 mg tab* | 2 | DECADRON | |
| *dexamethasone sodium phosphate 4 mg/ml inj soln* | 1 | | |
| *dexamethasone sodium phosphate 10 mg/ml inj soln* | 1 | HEXADROL | |
| *fludrocortisone acetate 0.1 mg tab* | 2 | FLORINEF | |
| *fluocinolone acetonide 0.01 % Topical Cream, 0.025 % Topical Cream, 0.025 % Topical Ointment* | 2 | SYNALAR | |
| *fluocinonide 0.05 % Topical Cream* | 2 | LIDEX | |
| *fluocinonide 0.05 % Topical Solution* | 2 | LIDEX | |
| *fluocinonide emulsified base 0.05 % Topical Cream* | 4 | LIDEX-E | |
| *fluticasone propionate 0.005 % Topical Ointment, 0.05 % Topical Cream* | 2 | CUTIVATE | |
| *halobetasol propionate 0.05 % Topical Cream, 0.05 % Topical Ointment* | 2 | ULTRAVATE | |
| *hydrocortisone 2 % Topical Lotion* | 2 | | |
| *hydrocortisone 1 % Topical Cream* | 1 | ALA-CORT | |
| *hydrocortisone 10 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab* | 2 | CORTEF | |
| *hydrocortisone 100 mg/60ml rect enema* | 4 | CORTENEMA | |
| *hydrocortisone 1 % Topical Ointment, 2.5 % Topical Ointment* | 1 | HYTONE | |
| *hydrocortisone 2.5 % Topical Lotion* | 2 | HYTONE | |
| *hydrocortisone (perianal) 2.5 % Topical Cream* | 1 | ANUSOL HC | |
| *hydrocortisone butyrate 0.1 % Topical Cream, 0.1 % Topical Ointment* | 2 | LOCOID | |
| *hydrocortisone butyrate 0.1 % Topical Lotion, 0.1 % Topical Solution* | 2 | LOCOID | |
| *hydrocortisone valerate 0.2 % Topical Cream, 0.2 % Topical Ointment* | 2 | WESTCORT | |
| *mometasone furoate 0.1 % Topical Cream, 0.1 % Topical Ointment* | 2 | ELOCON | |

[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] |
|---|---|---|---|
| *mometasone furoate 0.1 % Topical Solution* | 2 | ELOCON | |
| *prednisolone 5 mg tab* | 2 | MILLIPRED | PA(*) |
| *prednisolone 15 mg/5ml soln* | 2 | PRELONE | PA(*) |
| *prednisolone sodium phosphate 25 mg/5ml soln* | 3 | | PA(*) |
| *prednisolone sodium phosphate 5 mg/5ml soln* | 3 | PEDIAPRED | PA(*) |
| *prednisone 1 mg tab, 10 mg tab, 2.5 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab, 50 mg tab* | 1 | | |
| *prednisone 10 mg (21) tab pack, 10 mg (48) tab pack, 5 mg (21) tab pack, 5 mg (48) tab pack* | 2 | | |
| *prednisone 5 mg/5ml soln* | 3 | | |
| *procto-med hc 2.5 % Topical Cream* | 2 | ANUSOL HC | |
| *proctosol hc 2.5 % Topical Cream* | 2 | ANUSOL HC | |
| *proctozone-hc 2.5 % Topical Cream* | 2 | ANUSOL HC | |
| SOLU-CORTEF 100 mg inj soln | 4 | | |
| *triamcinolone acetonide 0.025 % Topical Ointment* | 1 | KENALOG | |
| *triamcinolone acetonide 0.1 % Topical Ointment, 0.5 % Topical Ointment* | 2 | KENALOG | |
| *triamcinolone acetonide 0.025 % Topical Lotion, 0.1 % Topical Lotion* | 2 | KENALOG | |
| *triamcinolone acetonide 0.025 % Topical Cream, 0.1 % Topical Cream, 0.5 % Topical Cream* | 1 | TRIDERM | |
| **AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/REEMPLAZO/MODIFICADOR (PITUITARIA)** | | | |
| **AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/REEMPLAZO/MODIFICADOR (PITUITARIA)** | | | |
| *desmopressin ace spray refrig 0.01 % nasal soln* | 4 | MINIRIN | |
| *desmopressin acetate 0.1 mg tab, 0.2 mg tab* | 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 FLEXPRO 10 mg/1.5ml sc soln pen-inj, 15 mg/1.5ml sc soln pen-inj, 5 mg/1.5ml sc soln pen-inj | 5 | | PA |
| **AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/REEMPLAZO/MODIFICADOR (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)** | | | |
| **Andrógenos** | | | |
| *danazol 100 mg cap, 200 mg cap, 50 mg cap* | 3 | DANOCRINE | |

[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] |
|---|---|---|---|
| *testosterone 20.25 MG/ACT (1.62%) td gel* | 2 | ANDROGEL | PA, QL(150 / 30) |
| *testosterone 12.5 MG/ACT (1%) td gel* | 3 | ANDROGEL | PA, QL(300 / 30) |
| *testosterone 25 MG/2.5GM (1%) td gel, 50 MG/5GM (1%) td gel* | 4 | ANDROGEL | PA, QL(300 / 30) |
| *testosterone 30 mg/act td soln* | 4 | AXIRON | PA, QL(180 / 30) |
| *testosterone cypionate 100 mg/ml im soln, 200 mg/ml im soln* | 2 | DEPO-TESTOSTERONE | PA |
| *testosterone enanthate 200 mg/ml im soln* | 2 | DELATESTRYL | PA, QL(5 / 28) |
| XYOSTED 100 mg/0.5ml sc soln auto-inj, 50 mg/0.5ml sc soln auto-inj, 75 mg/0.5ml sc soln auto-inj | 3 | | PA, QL(2 / 28) |
| **Estrógenos** | | | |
| *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* | 2 | VIVELLE-DOT | QL(8 / 28) |
| *estradiol 0.025 mg/24hr tdwk patch, 0.0375 mg/24hr tdwk patch, 0.05 mg/24hr tdwk patch, 0.06 mg/24hr tdwk patch, 0.075 mg/24hr tdwk patch, 0.1 mg/24hr tdwk patch* | 2 | CLIMARA | QL(4 / 28), HR |
| *estradiol 0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab* | 1 | ESTRACE | HR |
| *estradiol 0.01 % vag crm* | 2 | ESTRACE | |
| *estradiol 10 mcg vag tab* | 2 | VAGIFEM | QL(18 / 28) |
| *estradiol 0.025 mg/24hr tdbiw patch, 0.0375 mg/24hr tdbiw patch, 0.05 mg/24hr tdbiw patch, 0.075 mg/24hr tdbiw patch, 0.1 mg/24hr tdbiw patch* | 2 | VIVELLE-DOT | QL(8 / 28), HR |
| *estradiol valerate 10 mg/ml im oil* | 2 | | |
| *estradiol valerate 20 mg/ml im oil, 40 mg/ml im oil* | 2 | DELESTROGEN | |
| *estrogens conjugated 0.3 mg tab, 0.45 mg tab, 0.625 mg tab, 0.9 mg tab, 1.25 mg tab* | 2 | | |
| FEMRING 0.05 mg/24hr vag ring, 0.1 mg/24hr vag ring | 4 | | QL(1 / 84) |
| *lyllana 0.025 mg/24hr tdbiw patch, 0.0375 mg/24hr tdbiw patch, 0.05 mg/24hr tdbiw patch, 0.075 mg/24hr tdbiw patch, 0.1 mg/24hr tdbiw patch* | 2 | VIVELLE-DOT | QL(8 / 28) |
| PREMARIN 0.625 mg/gm vag crm | 3 | | |
| *yuvafem 10 mcg vag tab* | 2 | VAGIFEM | QL(18 / 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] |
|---|---|---|---|
| **AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/REEMPLAZO/MODIFICADOR (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)** | | | |
| *amethia 0.15-0.03 &0.01 mg tab* | 2 | SEASONIQUE | QL(91 / 84) |
| *ashlyna 0.15-0.03 &0.01 mg tab* | 2 | SEASONIQUE | QL(91 / 84) |
| *azurette 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab* | 2 | MIRCETTE | |
| *camrese 0.15-0.03 &0.01 mg tab* | 2 | SEASONIQUE | QL(91 / 84) |
| *daysee 0.15-0.03 &0.01 mg tab* | 2 | SEASONIQUE | QL(91 / 84) |
| *iclevia 0.15-0.03 mg tab* | 2 | SEASONALE | QL(91 / 84) |
| *jaimiess 0.15-0.03 &0.01 mg tab* | 2 | SEASONIQUE | QL(91 / 84) |
| *kariva 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab* | 2 | MIRCETTE | |
| *levonorgest-eth estrad 91-day 0.1-0.02 & 0.01 mg tab* | 2 | LOSEASONIQUE | QL(91 / 84) |
| *levonorgest-eth estrad 91-day 0.15-0.03 mg tab* | 2 | SEASONALE | QL(91 / 84) |
| *lojaimiess 0.1-0.02 & 0.01 mg tab* | 2 | LOSEASONIQUE | QL(91 / 84) |
| *pimtrea 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab* | 2 | MIRCETTE | |
| *setlakin 0.15-0.03 mg tab* | 2 | SEASONALE | QL(91 / 84) |
| *simliya 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab* | 2 | MIRCETTE | |
| *simpesse 0.15-0.03 &0.01 mg tab* | 2 | SEASONIQUE | QL(91 / 84) |
| *viorele 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab* | 2 | MIRCETTE | |
| *volnea 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab* | 2 | MIRCETTE | |
| **Agentes Hormonales, Estimulantes/Reemplazo/Modificador (Hormonas Sexuales/Modificadores) (Productos en Combinación)** | | | |
| *afirmelle 0.1-20 mg-mcg tab* | 2 | ALESSE | |
| *altavera 0.15-30 mg-mcg tab* | 2 | NORDETTE | |
| *alyacen 1/35 1-35 mg-mcg tab* | 2 | | |
| *alyacen 7/7/7 0.5/0.75/1-35 mg-mcg tab* | 2 | | |
| *amabelz 0.5-0.1 mg tab, 1-0.5 mg tab* | 2 | ACTIVELLA | HR |
| *apri 0.15-30 mg-mcg tab* | 2 | DESOGEN | |
| ARANELLE 0.5/1/0.5-35 mg-mcg tab | 2 | | |
| *aubra eq 0.1-20 mg-mcg tab* | 2 | ALESSE | |
| *aurovela 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab* | 2 | LOESTRIN | |
| *aurovela 1/20 1-20 mg-mcg tab* | 2 | LOESTRIN | |
| *aurovela 24 fe 1-20 mg-mcg(24) tab* | 2 | LOESTRIN FE | |
| *aurovela fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab* | 2 | LOESTRIN FE | |
| *aurovela fe 1/20 1-20 mg-mcg tab* | 1 | LOESTRIN FE | |
| AVERI 0.15-0.03 mg tab | 2 | | |
| *aviane 0.1-20 mg-mcg tab* | 2 | ALESSE | |
| *ayuna 0.15-30 mg-mcg tab* | 2 | NORDETTE | |
| *balziva 0.4-35 mg-mcg tab* | 2 | | |
| *blisovi 24 fe 1-20 mg-mcg(24) tab* | 2 | LOESTRIN FE | |
| *blisovi fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab* | 2 | LOESTRIN FE | |
| *blisovi fe 1/20 1-20 mg-mcg tab* | 1 | LOESTRIN FE | |
| *briellyn 0.4-35 mg-mcg tab* | 2 | | |
| *chateal eq 0.15-30 mg-mcg tab* | 2 | NORDETTE | |

[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] |
|---|---|---|---|
| *cryselle 0.3-30 mg-mcg tab* | 2 | | |
| *cyred eq 0.15-30 mg-mcg tab* | 2 | DESOGEN | |
| *dasetta 1/35 (28) 1-35 mg-mcg tab* | 2 | | |
| *dasetta 7/7/7 0.5/0.75/1-35 mg-mcg tab* | 2 | | |
| *drospirenone-ethinyl estradiol 3-0.03 mg tab* | 2 | YASMIN | |
| *drospirenone-ethinyl estradiol 3-0.02 mg tab* | 2 | YAZ | |
| *elinest 0.3-30 mg-mcg tab* | 2 | | |
| *eluryng 0.12-0.015 mg/24hr vag ring* | 4 | NUVARING | QL(1 / 28) |
| *enilloring 0.12-0.015 mg/24hr vag ring* | 4 | NUVARING | |
| *enskyce 0.15-30 mg-mcg tab* | 2 | DESOGEN | |
| *estarylla 0.25-35 mg-mcg tab* | 2 | ORTHO-CYCLEN (28) | |
| *estradiol-norethindrone acet 0.5-0.1 mg tab* | 2 | ACTIVELLA | HR |
| *etonogestrel-ethinyl estradiol 0.12-0.015 mg/24hr vag ring* | 2 | NUVARING | QL(1 / 28) |
| *falmina 0.1-20 mg-mcg tab* | 2 | ALESSE | |
| *fyavolv 0.5-2.5 mg-mcg tab, 1-5 mg-mcg tab* | 2 | FEMHRT | HR |
| *hailey 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab* | 2 | LOESTRIN | |
| *hailey 24 fe 1-20 mg-mcg(24) tab* | 2 | LOESTRIN FE | |
| *hailey fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab* | 2 | LOESTRIN FE | |
| *hailey fe 1/20 1-20 mg-mcg tab* | 1 | LOESTRIN FE | |
| *isibloom 0.15-30 mg-mcg tab* | 2 | DESOGEN | |
| *jasmiel 3-0.02 mg tab* | 2 | YAZ | |
| *jinteli 1-5 mg-mcg tab* | 2 | FEMHRT | HR |
| *juleber 0.15-30 mg-mcg tab* | 2 | DESOGEN | |
| *junel 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab* | 2 | LOESTRIN | |
| *junel 1/20 1-20 mg-mcg tab* | 2 | LOESTRIN | |
| *junel fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab* | 2 | LOESTRIN FE | |
| *junel fe 1/20 1-20 mg-mcg tab* | 1 | LOESTRIN FE | |
| *junel fe 24 1-20 mg-mcg(24) tab* | 2 | LOESTRIN FE | |
| *kalliga 0.15-30 mg-mcg tab* | 2 | DESOGEN | |
| *kelnor 1/35 1-35 mg-mcg tab* | 2 | DEMULEN | |
| *kelnor 1/50 1-50 mg-mcg tab* | 2 | DEMULEN | |
| *kurvelo 0.15-30 mg-mcg tab* | 2 | NORDETTE | |
| *larin 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab* | 2 | LOESTRIN | |
| *larin 1/20 1-20 mg-mcg tab* | 2 | LOESTRIN | |
| *larin 24 fe 1-20 mg-mcg(24) tab* | 2 | LOESTRIN FE | |
| *larin fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab* | 2 | LOESTRIN FE | |
| *larin fe 1/20 1-20 mg-mcg tab* | 1 | LOESTRIN FE | |
| *lessina 0.1-20 mg-mcg tab* | 2 | ALESSE | |
| *levonest 50-30/75-40/ 125-30 mcg tab* | 2 | ENPRESSE 28 DAY | |
| *levonorg-eth estrad triphasic 50-30/75-40/ 125-30 mcg tab* | 2 | ENPRESSE 28 DAY | |

[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] |
|---|---|---|---|
| *levonorgest-eth estradiol-iron 0.1-20 mg-mcg(21) tab* | 2 | | |
| *levonorgestrel-ethinyl estrad 0.1-20 mg-mcg tab* | 2 | ALESSE | |
| *lo-zumandimine 3-0.02 mg tab* | 2 | YAZ | |
| *loryna 3-0.02 mg tab* | 2 | YAZ | |
| *low-ogestrel 0.3-30 mg-mcg tab* | 2 | | |
| *luizza 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab* | 2 | LOESTRIN | |
| *luizza 1/20 1-20 mg-mcg tab* | 2 | LOESTRIN | |
| *marlissa 0.15-30 mg-mcg tab* | 2 | NORDETTE | |
| *microgestin fe 1/20 1-20 mg-mcg tab* | 1 | LOESTRIN FE | |
| *mili 0.25-35 mg-mcg tab* | 1 | ORTHO-CYCLEN (28) | |
| *mimvey 1-0.5 mg tab* | 2 | ACTIVELLA | HR |
| *mono-linyah 0.25-35 mg-mcg tab* | 2 | ORTHO-CYCLEN (28) | |
| *necon 0.5/35 (28) 0.5-35 mg-mcg tab* | 2 | | |
| *nikki 3-0.02 mg tab* | 2 | YAZ | |
| *norelgestromin-eth estradiol 150-35 mcg/24hr tdwk patch* | 2 | | QL(3 / 28) |
| *norethin ace-eth estrad-fe 1.5-30 mg-mcg tab* | 2 | LOESTRIN FE | |
| *norethin ace-eth estrad-fe 1-20 mg-mcg(24) cap* | 2 | TAYTULLA | |
| *norethindrone acet-ethinyl est 1-20 mg-mcg tab, 1.5-30 mg-mcg tab* | 2 | LOESTRIN | |
| *norethindrone-eth estradiol 0.5-2.5 mg-mcg tab, 1-5 mg-mcg tab* | 2 | FEMHRT | HR |
| *norgestim-eth estrad triphasic 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg tab, 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab* | 2 | ORTHO TRI-CYCLEN | |
| *norgestimate-eth estradiol 0.25-35 mg-mcg tab* | 2 | ORTHO-CYCLEN (28) | |
| *nortrel 0.5/35 (28) 0.5-35 mg-mcg tab* | 2 | | |
| *nortrel 1/35 (21) 1-35 mg-mcg tab* | 2 | | |
| *nortrel 1/35 (28) 1-35 mg-mcg tab* | 2 | | |
| *nortrel 7/7/7 0.5/0.75/1-35 mg-mcg tab* | 2 | | |
| *nylia 1/35 1-35 mg-mcg tab* | 2 | | |
| *nylia 7/7/7 0.5/0.75/1-35 mg-mcg tab* | 2 | | |
| *philith 0.4-35 mg-mcg tab* | 2 | | |
| *portia-28 0.15-30 mg-mcg tab* | 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 |
| *reclipsen 0.15-30 mg-mcg tab* | 2 | DESOGEN | |
| *sprintec 28 0.25-35 mg-mcg tab* | 2 | ORTHO-CYCLEN (28) | |
| *syeda 3-0.03 mg tab* | 2 | YASMIN | |

[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] |
|---|---|---|---|
| *tarina 24 fe 1-20 mg-mcg(24) tab* | 2 | LOESTRIN FE | |
| *tarina fe 1/20 eq 1-20 mg-mcg tab* | 1 | LOESTRIN FE | |
| *tri-estarylla 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab* | 1 | ORTHO TRI-CYCLEN | |
| *tri-legest fe 1-20/1-30/1-35 mg-mcg tab* | 2 | | |
| *tri-linyah 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab* | 2 | ORTHO TRI-CYCLEN | |
| *tri-lo-estarylla 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg tab* | 1 | ORTHO TRI-CYCLEN | |
| *tri-lo-marzia 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg tab* | 2 | ORTHO TRI-CYCLEN | |
| *tri-lo-mili 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg tab* | 2 | ORTHO TRI-CYCLEN | |
| *tri-lo-sprintec 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg tab* | 2 | ORTHO TRI-CYCLEN | |
| *tri-mili 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab* | 2 | ORTHO TRI-CYCLEN | |
| *tri-nymyo 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab* | 2 | ORTHO TRI-CYCLEN | |
| *tri-sprintec 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab* | 2 | ORTHO TRI-CYCLEN | |
| *tri-vylibra 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab* | 2 | ORTHO TRI-CYCLEN | |
| *tri-vylibra lo 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg tab* | 1 | ORTHO TRI-CYCLEN | |
| *trivora (28) 50-30/75-40/ 125-30 mcg tab* | 2 | ENPRESSE 28 DAY | |
| *valtya 1/35 1-35 mg-mcg tab* | 2 | DEMULEN | |
| VALTYA 1/50 1-50 mg-mcg tab | 2 | | |
| VELIVET 0.1/0.125/0.15 -0.025 mg tab | 2 | | |
| *vestura 3-0.02 mg tab* | 2 | YAZ | |
| *vienva 0.1-20 mg-mcg tab* | 2 | ALESSE | |
| *vyfemla 0.4-35 mg-mcg tab* | 2 | | |
| *vylibra 0.25-35 mg-mcg tab* | 2 | ORTHO-CYCLEN (28) | |
| *wera 0.5-35 mg-mcg tab* | 2 | | |
| *xulane 150-35 mcg/24hr tdwk patch* | 4 | | QL(3 / 28) |
| *zafemy 150-35 mcg/24hr tdwk patch* | 4 | | QL(3 / 28) |
| *zovia 1/35 (28) 1-35 mg-mcg tab* | 2 | DEMULEN | |
| *zumandimine 3-0.03 mg tab* | 2 | YASMIN | |
| **Progestinas** | | | |
| *camila 0.35 mg tab* | 1 | NOR-QD | |
| *deblitane 0.35 mg tab* | 1 | NOR-QD | |
| DEPO-SUBQ PROVERA 104 104 mg/0.65ml sc susp pfs | 3 | | QL(1 / 84) |
| *errin 0.35 mg tab* | 1 | NOR-QD | |
| *heather 0.35 mg tab* | 1 | NOR-QD | |
| *incassia 0.35 mg tab* | 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] |
|---|---|---|---|
| *jencycla 0.35 mg tab* | 1 | NOR-QD | |
| *lyleq 0.35 mg tab* | 1 | NOR-QD | |
| *lyza 0.35 mg tab* | 1 | NOR-QD | |
| *medroxyprogesterone acetate 150 mg/ml im susp, 150 mg/ml im susp pfs* | 2 | DEPO-PROVERA | QL(1 / 84) |
| *medroxyprogesterone acetate 10 mg tab, 2.5 mg tab, 5 mg tab* | 1 | PROVERA | |
| *megestrol acetate 20 mg tab, 40 mg tab* | 2 | MEGACE | HR |
| *megestrol acetate 40 mg/ml susp* | 2 | MEGACE | HR |
| NEXPLANON 68 mg sc implant | 3 | | |
| *norethindrone 0.35 mg tab* | 1 | NOR-QD | |
| *norethindrone acetate 5 mg tab* | 2 | AYGESTIN | |
| *progesterone 100 mg cap, 200 mg cap* | 2 | PROMETRIUM | |
| *sharobel 0.35 mg tab* | 1 | NOR-QD | |
| SKYLA 13.5 mg iud | 3 | | |
| **Agentes Modificadores Selectivos del Receptor de Estrógeno** | | | |
| DUAVEE 0.45-20 mg tab | 3 | | HR |
| *raloxifene hcl 60 mg tab* | 2 | EVISTA | |
| **AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/REEMPLAZO/MODIFICADOR (TIROIDES)** | | | |
| **AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/REEMPLAZO/MODIFICADOR (TIROIDES)** | | | |
| *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* | 1 | SYNTHROID | |
| *liothyronine sodium 25 mcg tab, 5 mcg tab, 50 mcg tab* | 2 | CYTOMEL | |
| SYNTHROID 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 | 3 | | |
| **AGENTES HORMONALES, SUPRESORES (PITUITARIA)** | | | |
| **AGENTES HORMONALES, SUPRESORES (PITUITARIA)** | | | |
| *cabergoline 0.5 mg tab* | 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 |
| *lanreotide acetate 120 mg/0.5ml sc soln* | 1 | | PANSO |
| *leuprolide acetate 1 mg/0.2ml inj kit* | 4 | LUPRON | |
| LUPRON DEPOT (1-MONTH) 3.75 mg im kit, 7.5 mg im kit | 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] |
|---|---|---|---|
| LUPRON DEPOT (3-MONTH) 11.25 mg im kit, 22.5 mg im kit | 5 | | |
| LUPRON DEPOT (4-MONTH) 30 mg im kit | 5 | | |
| LUPRON DEPOT (6-MONTH) 45 mg im kit | 5 | | |
| LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH) 7.5 mg im kit | 5 | | |
| LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH) 11.25 mg im kit | 5 | | |
| LUPRON DEPOT-PED (6-MONTH) 45 mg im kit | 5 | | |
| *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* | 3 | SANDOSTATIN | |
| ORGOVYX 120 mg tab | 5 | | PANSO |
| ORILISSA 150 mg tab | 5 | | PA, QL(28 / 28) |
| ORILISSA 200 mg tab | 5 | | PA, QL(56 / 28) |
| SIGNIFOR 0.3 mg/ml sc soln, 0.6 mg/ml sc soln, 0.9 mg/ml sc soln | 5 | | PA, QL(60 / 30) |
| SOMAVERT 10 mg sc soln, 15 mg sc soln, 20 mg sc soln, 25 mg sc soln, 30 mg sc soln | 5 | | PA |
| SYNAREL 2 mg/ml nasal soln | 5 | | |
| TRELSTAR MIXJECT 3.75 mg im susp | 4 | | QL(1 / 28) |
| TRELSTAR MIXJECT 11.25 mg im susp | 4 | | QL(1 / 84) |
| TRELSTAR MIXJECT 22.5 mg im susp | 4 | | QL(1 / 168) |
| **AGENTES HORMONALES, SUPRESORES (TIROIDE)** | | | |
| **Agentes Antitiroideos** | | | |
| *methimazole 10 mg tab, 5 mg tab* | 1 | TAPAZOLE | |
| *propylthiouracil 50 mg tab* | 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) |
| *icatibant acetate 30 mg/3ml sc soln pfs* | 5 | | PA, QL(18 / 30) |
| *sajazir 30 mg/3ml sc soln pfs* | 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) |

[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] |
|---|---|---|---|
| **Inmunosupresores** | | | |
| *azathioprine 50 mg tab* | 2 | IMURAN | PA(*) |
| *cyclosporine 100 mg cap, 25 mg cap* | 3 | SANDIMMUNE | PA(*) |
| *cyclosporine modified 100 mg cap, 25 mg cap, 50 mg cap* | 2 | NEORAL | PA(*) |
| *cyclosporine modified 100 mg/ml soln* | 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) |
| ENVARSUS XR 0.75 mg tab er 24 hr, 1 mg tab er 24 hr, 4 mg tab er 24 hr | 4 | | PANSO |
| *everolimus 2 mg tab sol, 3 mg tab sol, 5 mg tab sol* | 5 | AFINITOR DISPERZ | PANSO, QL(112 / 28) |
| *everolimus 0.25 mg tab* | 4 | ZORTRESS | PA(*) |
| *everolimus 0.5 mg tab, 0.75 mg tab, 1 mg tab* | 5 | ZORTRESS | PA(*) |
| *gengraf 100 mg cap, 25 mg cap* | 2 | NEORAL | PA(*) |
| *gengraf 100 mg/ml soln* | 3 | NEORAL | PA(*) |
| HUMIRA (2 PEN) 80 mg/0.8ml Subcutaneous Auto-injector Kit | 5 | | PA, QL(2 / 28) |
| HUMIRA (2 PEN) 40 mg/0.4ml Subcutaneous Auto-injector Kit, 40 mg/0.8ml Subcutaneous Auto-injector Kit | 5 | | PA, QL(6 / 28) |
| HUMIRA (2 SYRINGE) 20 mg/0.2ml sc pfs kit | 5 | | PA, QL(2 / 28) |
| HUMIRA (2 SYRINGE) 10 mg/0.1ml sc pfs kit, 40 mg/0.4ml sc pfs kit, 40 mg/0.8ml sc pfs kit | 5 | | PA, QL(6 / 28) |
| HUMIRA-CD/UC/HS STARTER 40 mg/0.8ml Subcutaneous Auto-injector Kit | 5 | | PA |
| HUMIRA-CD/UC/HS STARTER 80 mg/0.8ml Subcutaneous Auto-injector Kit | 5 | | PA, QL(3 / 28) |
| HUMIRA-PED<40KG CROHNS STARTER 80 MG/0.8ML & 40mg/0.4ml sc pfs kit | 5 | | PA, QL(2 / 28) |
| HUMIRA-PED>/=40KG CROHNS START 80 mg/0.8ml sc pfs kit | 5 | | PA, QL(3 / 28) |
| HUMIRA-PED>/=40KG UC STARTER 80 mg/0.8ml Subcutaneous Auto-injector Kit | 5 | | PA, QL(4 / 28) |

[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] |
|---|---|---|---|
| HUMIRA-PSORIASIS/UVEIT STARTER 80 MG/0.8ML & 40mg/0.4ml Subcutaneous Auto-injector Kit | 5 | | PA, QL(4 / 28) |
| *methotrexate sodium 50 mg/2ml inj soln* | 2 | | |
| *methotrexate sodium 2.5 mg tab* | 2 | | PA(*), ST |
| *methotrexate sodium (pf) 1 gm/40ml inj soln, 250 mg/10ml inj soln, 50 mg/2ml inj soln* | 2 | | |
| *mycophenolate mofetil 250 mg cap, 500 mg tab* | 2 | CELLCEPT | PA(*) |
| *mycophenolate mofetil 200 mg/ml susp* | 5 | CELLCEPT | PA(*) |
| *mycophenolate sodium 180 mg tab dr, 360 mg tab dr* | 2 | MYFORTIC | PA(*) |
| ORENCIA 50 mg/0.4ml sc soln pfs | 5 | | PA, QL(1.6 / 28) |
| ORENCIA 87.5 mg/0.7ml sc soln pfs | 5 | | PA, QL(2.8 / 28) |
| ORENCIA 125 mg/ml sc soln pfs | 5 | | PA, QL(4 / 28) |
| ORENCIA CLICKJECT 125 mg/ml sc soln auto-inj | 5 | | PA, QL(4 / 28) |
| PROGRAF 0.2 mg pckt, 1 mg pckt | 4 | | PA(*) |
| RASUVO 10 mg/0.2ml sc soln auto-inj, 12.5 mg/0.25ml sc soln auto-inj, 15 mg/0.3ml sc soln auto-inj, 17.5 mg/0.35ml sc soln auto-inj, 20 mg/0.4ml sc soln auto-inj, 22.5 mg/0.45ml sc soln auto-inj, 25 mg/0.5ml sc soln auto-inj, 30 mg/0.6ml sc soln auto-inj, 7.5 mg/0.15ml sc soln auto-inj | 3 | | |
| REZUROCK 200 mg tab | 5 | | PANSO |
| RINVOQ 15 mg tab er 24 hr, 30 mg tab er 24 hr, 45 mg tab er 24 hr | 5 | | PA, QL(30 / 30) |
| RINVOQ LQ 1 mg/ml soln | 5 | | PA, QL(360 / 30) |
| *sirolimus 0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab* | 4 | RAPAMUNE | PA(*) |
| *sirolimus 1 mg/ml soln* | 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, 55 mg/0.37ml sc soln pfs | 5 | | PA, QL(7 / 365) |
| SKYRIZI PEN 150 mg/ml sc soln auto-inj | 5 | | PA, QL(7 / 365) |
| *tacrolimus 0.5 mg cap, 1 mg cap* | 2 | PROGRAF | PA(*) |
| *tacrolimus 5 mg cap* | 3 | PROGRAF | PA(*) |
| *tacrolimus er 0.5 mg cap er 24 hr, 1 mg cap er 24 hr, 5 mg cap er 24 hr* | 4 | | 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] |
|---|---|---|---|
| *tofacitinib citrate 10 mg tab, 5 mg tab* | 2 | | PA, QL(60 / 30) |
| *tofacitinib citrate 1 mg/ml soln* | 5 | | PA, QL(300 / 30) |
| *tofacitinib citrate er 11 mg tab er 24 hr* | 2 | | PA, QL(30 / 30) |
| *tofacitinib citrate er 22 mg tab er 24 hr* | 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) |
| **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(*) |
| GAMMAGARD 10 gm/100ml inj soln, 2.5 gm/25ml inj soln, 5 gm/50ml inj soln | 5 | | PA(*) |
| GAMMAGARD ERC 10 gm/100ml inj soln, 5 gm/50ml inj soln | 5 | | PA(*) |
| GAMMAGARD S/D LESS IGA 10 gm iv soln, 5 gm iv soln | 5 | | PA(*) |
| GAMMAPLEX 10 gm/100ml iv soln, 10 gm/200ml iv soln, 20 gm/200ml iv soln, 20 gm/400ml iv soln, 5 gm/100ml iv soln, 5 gm/50ml iv soln | 5 | | PA(*) |
| GAMUNEX-C 10 gm/100ml inj soln, 2.5 gm/25ml inj soln, 20 gm/200ml inj soln, 40 gm/400ml inj soln, 5 gm/50ml inj soln | 1 | | PA(*) |
| OCTAGAM 1 gm/20ml iv soln, 10 gm/100ml iv soln, 10 gm/200ml iv soln, 2 gm/20ml iv soln, 2.5 gm/50ml iv soln, 20 gm/200ml iv soln, 30 gm/300ml iv soln, 5 gm/100ml iv soln, 5 gm/50ml iv soln | 5 | | PA(*) |
| PRIVIGEN 10 gm/100ml iv soln, 20 gm/200ml iv soln, 40 gm/400ml iv soln, 5 gm/50ml iv soln | 5 | | PA(*) |
| **Agentes Inmunológicos, Otros** | | | |
| KINERET 100 mg/0.67ml sc soln pfs | 5 | | PA |
| TAVNEOS 10 mg cap | 5 | | PA |
| TYENNE 162 mg/0.9ml sc soln auto-inj, 162 mg/0.9ml sc soln pfs | 5 | | PA |
| **Inmunomoduladores** | | | |

[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] |
|---|---|---|---|
| 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) |
| *leflunomide 10 mg tab, 20 mg tab* | 2 | ARAVA | |
| **Inmunosupresores** | | | |
| REMICADE 100 mg iv soln | 1 | | PA, QL(2 / 30) |
| RIABNI 100 mg/10ml iv soln, 500 mg/50ml iv soln | 5 | | PANSO |
| **Vacunas** | | | |
| ABRYSVO 120 mcg/0.5ml im soln | 3 | | |
| ACTHIB im soln | 3 | | |
| ADACEL 5-2-15.5 lf-mcg/0.5 im susp, 5-2-15.5 lf-mcg/0.5 im susp pfs | 3 | | |
| AREXVY 120 mcg/0.5ml im susp | 3 | | |
| *bcg vaccine 50 mg inj soln* | 3 | | |
| BOOSTRIX 5-2.5-18.5 lf-mcg/0.5 im susp pfs | 3 | | |
| DAPTACEL 23-15-5 im susp | 3 | | |
| DENGVAXIA sc susp | 3 | | |
| ENGERIX-B 10 mcg/0.5ml Injection Suspension Prefilled Syringe, 20 mcg/ml inj susp, 20 mcg/ml Injection Suspension Prefilled Syringe | 3 | | PA(*) |
| GARDASIL 9 0.5 ml im susp, 0.5 ml im susp pfs | 3 | | QL(1.5 / 365) |
| HAVRIX 1440 el u/ml im susp pfs, 720 el u/0.5ml im susp pfs | 3 | | |
| HEPLISAV-B 20 mcg/0.5ml im soln pfs | 3 | | PA(*) |
| HIBERIX 10 mcg inj soln | 3 | | |
| IMOVAX RABIES 2.5 unit/ml im susp | 3 | | PA(*) |
| INFANRIX 25-58-10 im susp | 3 | | |
| IPOL inj susp | 3 | | |
| IXIARO im susp | 3 | | |
| JYNNEOS 0.5 ml sc susp | 3 | | |
| KINRIX 0.5 ml im susp pfs | 3 | | |
| M-M-R II inj soln | 3 | | |
| MENQUADFI 0.5 ml im soln | 3 | | |
| MENVEO im soln | 3 | | |
| MRESVIA 50 mcg/0.5ml im susp pfs | 3 | | |
| PEDIARIX im susp pfs | 3 | | |
| PEDVAXHIB 7.5 mcg/0.5ml im susp | 3 | | |
| PENBRAYA im susp | 3 | | |
| *penmenvy im susp* | 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] |
|---|---|---|---|
| PENTACEL im susp | 3 | | |
| PREHEVBRIO 10 mcg/ml im susp | 3 | | PA(*) |
| PRIORIX sc susp | 3 | | |
| PROQUAD sc susp | 3 | | |
| QUADRACEL im susp, 0.5 ml im susp pfs | 3 | | |
| RABAVERT im susp | 3 | | PA(*) |
| RECOMBIVAX HB 10 mcg/ml inj susp, 10 mcg/ml Injection Suspension Prefilled Syringe, 40 mcg/ml inj susp, 5 mcg/0.5ml inj susp, 5 mcg/0.5ml Injection Suspension Prefilled Syringe | 3 | | PA(*) |
| ROTARIX susp | 3 | | |
| ROTATEQ soln | 3 | | |
| SHINGRIX 50 mcg/0.5ml im susp | 3 | | QL(2 / 365) |
| SHINGRIX 50 mcg/0.5ml im susp pfs | 3 | | QL(2 / 365) |
| TDVAX 2-2 lf/0.5ml im susp | 3 | | |
| TENIVAC 5-2 lf/0.5ml im susp | 3 | | |
| TICOVAC 1.2 mcg/0.25ml im susp pfs, 2.4 mcg/0.5ml im susp pfs | 3 | | QL(1.5 / 365) |
| TRUMENBA 0.5 ml im susp pfs | 3 | | |
| TWINRIX 720-20 elu-mcg/ml im susp pfs | 3 | | |
| TYPHIM VI 25 mcg/0.5ml im soln pfs | 3 | | |
| VAQTA 25 unit/0.5ml im susp, 25 unit/0.5ml im susp pfs, 50 unit/ml im susp, 50 unit/ml im susp pfs | 3 | | |
| VARIVAX 1350 pfu/0.5ml inj susp | 3 | | QL(2 / 365) |
| VAXCHORA susp | 3 | | |
| VIMKUNYA 40 mcg/0.8ml im susp pfs | 3 | | |
| VIVOTIF cap dr | 3 | | |
| YF-VAX sc susp | 3 | | |
| **AGENTES PARA LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA DEL INTESTINO** | | | |
| **Aminosalicilatos** | | | |
| *balsalazide disodium 750 mg cap* | 2 | COLAZAL | |
| DIPENTUM 250 mg cap | 5 | | ST |
| *mesalamine 800 mg tab dr* | 4 | ASACOL HD | |
| *mesalamine 1000 mg rect supp* | 3 | CANASA | |
| *mesalamine 400 mg cap dr* | 4 | DELZICOL | |
| *mesalamine 1.2 gm tab dr* | 4 | LIALDA | |
| *mesalamine er 0.375 gm cap er 24 hr* | 4 | APRISO | |
| STELARA 130 mg/26ml iv soln | 5 | | PA |
| *sulfasalazine 500 mg tab* | 2 | AZULFIDINE | |
| *sulfasalazine 500 mg tab dr* | 4 | AZULFIDINE | |
| **Glucocorticoides** | | | |
| *budesonide 3 mg cap dr prt* | 4 | ENTOCORT | |

[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] |
|---|---|---|---|
| *deflazacort 22.75 mg/ml susp* | 4 | | PA |
| *deflazacort 18 mg tab* | 5 | | PA, QL(30 / 30) |
| *deflazacort 30 mg tab, 36 mg tab, 6 mg tab* | 5 | | PA, QL(60 / 30) |
| *kymbee 30 mg tab, 36 mg tab, 6 mg tab* | 5 | | PA, QL(6 / 6) |
| *kymbee 18 mg tab* | 5 | | PA, QL(30 / 30) |
| *methylprednisolone 16 mg tab, 32 mg tab, 4 mg tab, 4 mg tab pack, 8 mg tab* | 2 | MEDROL | |
| *methylprednisolone acetate 40 mg/ml inj susp, 80 mg/ml inj susp* | 2 | DEPO-MEDROL | |
| *methylprednisolone sodium succ 125 mg inj soln, 40 mg inj soln* | 2 | SOLU-MEDROL | |
| *triamcinolone acetonide 40 mg/ml inj susp* | 2 | KENALOG | |
| **AGENTES PARA LA ENFERMEDAD METABÓLICA DEL HUESO** | | | |
| **AGENTES PARA LA ENFERMEDAD METABÓLICA DEL HUESO** | | | |
| *alendronate sodium 35 mg tab, 70 mg tab* | 1 | FOSAMAX | QL(4 / 28) |
| *alendronate sodium 10 mg tab* | 1 | FOSAMAX | QL(30 / 30) |
| *calcitonin (salmon) 200 unit/act nasal soln* | 2 | MIACALCIN | QL(3.7 / 28) |
| *calcitriol 0.25 mcg cap, 0.5 mcg cap* | 2 | ROCALTROL | |
| *calcitriol 1 mcg/ml soln* | 4 | ROCALTROL | |
| *cinacalcet hcl 30 mg tab* | 3 | SENSIPAR | QL(60 / 30) |
| *cinacalcet hcl 60 mg tab* | 4 | SENSIPAR | QL(60 / 30) |
| *cinacalcet hcl 90 mg tab* | 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) |
| *ibandronate sodium 150 mg tab* | 2 | BONIVA | QL(1 / 28) |
| JUBBONTI 60 mg/ml sc soln pfs | 3 | | QL(1 / 180) |
| *paricalcitol 1 mcg cap, 2 mcg cap, 4 mcg cap* | 4 | ZEMPLAR | |
| RAYALDEE 30 mcg cap er | 3 | | QL(60 / 30) |
| *risedronate sodium 150 mg tab* | 4 | ACTONEL | QL(1 / 28) |
| *risedronate sodium 35 mg tab* | 4 | ACTONEL | QL(4 / 28) |
| *risedronate sodium 30 mg tab, 5 mg tab* | 4 | ACTONEL | QL(30 / 30) |
| *risedronate sodium 35 mg tab dr* | 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 |
| *zoledronic acid 5 mg/100ml iv soln* | 4 | RECLAST | |
| **AGENTES OFTÁLMICOS** | | | |
| **Agentes Oftálmicos (Productos en Combinación)** | | | |

[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] |
|---|---|---|---|
| *bacitra-neomycin-polymyxin-hc 1 % ophth oint* | 2 | CORTISPORIN | |
| *bacitracin-polymyxin b 500-10000 unit/gm ophth oint* | 2 | POLYSPORIN | |
| 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 | |
| *olopatadine hcl 0.1 % ophth soln* | 2 | PATADAY | |
| *olopatadine hcl 0.2 % ophth soln* | 4 | PATADAY | |
| **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 | | |

[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] |
|---|---|---|---|
| *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) |
| *fluorometholone 0.1 % ophth susp* | 4 | FML | |
| *flurbiprofen sodium 0.03 % ophth soln* | 2 | OCUFEN | |
| ILEVRO 0.3 % ophth susp | 3 | | |
| *ketorolac tromethamine 0.5 % ophth soln* | 2 | ACULAR | QL(10 / 25) |
| LOTEMAX 0.5 % ophth oint | 3 | | |
| LOTEMAX SM 0.38 % ophth gel | 3 | | |
| *loteprednol etabonate 0.2 % ophth susp* | 2 | | ST |
| *loteprednol etabonate 0.5 % ophth gel* | 4 | LOTEMAX | |
| *prednisolone acetate 1 % ophth susp* | 4 | PRED FORTE | |
| *prednisolone sodium phosphate 1 % ophth soln* | 2 | | |
| PROLENSA 0.07 % ophth soln | 3 | | |
| XIIDRA 5 % ophth soln | 3 | | QL(60 / 30) |
| **Agentes Oftálmicos Antiglaucoma** | | | |
| ALPHAGAN P 0.1 % ophth soln | 3 | | |
| *apraclonidine hcl 0.5 % ophth soln* | 2 | IOPIDINE | |
| *brimonidine tartrate 0.2 % ophth soln* | 1 | ALPHAGAN | |
| *brinzolamide 1 % ophth susp* | 2 | AZOPT | |
| *carteolol hcl 1 % ophth soln* | 2 | OCUPRESS | |
| *dorzolamide hcl 2 % ophth soln* | 2 | TRUSOPT | |
| *levobunolol hcl 0.5 % ophth soln* | 1 | BETAGAN | |
| *pilocarpine hcl 1 % ophth soln, 2 % ophth soln, 4 % ophth soln* | 2 | ISOPTO CARPINE | |
| RHOPRESSA 0.02 % ophth soln | 3 | | QL(2.5 / 25), ST |
| *timolol maleate 0.25 % ophth soln, 0.5 % ophth soln* | 1 | TIMOPTIC | |
| *timolol maleate 0.25 % ophth gfs, 0.5 % ophth gfs* | 4 | TIMOPTIC XE | |
| **Agentes Oftálmicos para la Reducción de la Presión Intraocular, Otros** | | | |
| ROCKLATAN 0.02-0.005 % ophth soln | 3 | | QL(2.5 / 25), ST |
| **Análogos Oftálmicos de Prostaglandinas y Prostamidas** | | | |
| *bimatoprost 0.01 % ophth soln* | 2 | | QL(2.5 / 25) |
| *latanoprost 0.005 % ophth soln* | 1 | XALATAN | QL(2.5 / 25) |
| *travoprost (bak free) 0.004 % ophth soln* | 4 | TRAVATAN | QL(2.5 / 25) |
| **AGENTES ÓTICOS** | | | |
| **Agentes Óticos (Productos en Combinación)** | | | |
| *ciprofloxacin-dexamethasone 0.3-0.1 % otic susp* | 3 | CIPRODEX | QL(7.5 / 7) |

[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] |
|---|---|---|---|
| *neomycin-polymyxin-hc 1 % otic soln, 3.5-10000-1 otic susp* | 2 | CORTISPORIN | |
| **AGENTES PARA EL TRACTO RESPIRATORIO/PULMONAR** | | | |
| **Antiinflamatorios, Corticoesteroides Inhalados** | | | |
| ARNUITY ELLIPTA 100 mcg/act inh aer pwdr br act, 200 mcg/act inh aer pwdr br act, 50 mcg/act inh aer pwdr br act | 3 | | QL(30 / 30) |
| *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) |

[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] |
|---|---|---|---|
| *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) |
| *albuterol sulfate hfa 108 (90 Base) mcg/act inh aer soln* | 2 | PROAIR HFA | QL(36 / 30) |
| *epinephrine 0.3 mg/0.3ml inj soln auto-inj* | 2 | ADRENACLICK | QL(4 / 30) |
| *epinephrine 0.15 mg/0.3ml inj soln auto-inj* | 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 pwdr br act | 3 | | QL(60 / 30) |
| STRIVERDI RESPIMAT 2.5 mcg/act inh aer soln | 3 | | QL(4 / 28) |
| *terbutaline sulfate 2.5 mg tab, 5 mg tab* | 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) |
| *tobramycin 300 mg/4ml inh neb soln* | 5 | BETHKIS | PA(*) |
| *tobramycin 300 mg/5ml inh neb soln* | 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** | | | |
| *cromolyn sodium 20 mg/2ml inh neb soln* | 2 | INTAL | PA(*) |
| **Inhibidores de la Fosfodiesterasa, Enfermedad de las Vías Respiratorias** | | | |
| *roflumilast 250 mcg tab* | 1 | DALIRESP | QL(28 / 28) |
| *roflumilast 500 mcg tab* | 1 | DALIRESP | QL(30 / 30) |
| *theophylline 80 mg/15ml soln* | 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] |
|---|---|---|---|
| *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* | 4 | THEO-DUR | |
| *theophylline er 400 mg tab er 24 hr, 600 mg tab er 24 hr* | 2 | UNIPHYL | |
| **Antihipertensivos Pulmonares** | | | |
| ADEMPAS 0.5 mg tab, 1 mg tab, 1.5 mg tab, 2 mg tab, 2.5 mg tab | 5 | | PA, QL(90 / 30) |
| *alyq 20 mg tab* | 3 | ADCIRCA | PA, QL(60 / 30) |
| *ambrisentan 10 mg tab, 5 mg tab* | 5 | LETAIRIS | PA, QL(30 / 30) |
| *bosentan 32 mg tab sol* | 5 | | PA, QL(112 / 28) |
| *macitentan 10 mg tab* | 5 | | PA, QL(30 / 30) |
| *sildenafil citrate 20 mg tab* | 2 | REVATIO | PA, QL(90 / 30) |
| *tadalafil (pah) 20 mg tab* | 3 | ADCIRCA | PA, QL(60 / 30) |
| TRACLEER 125 mg tab, 62.5 mg tab | 5 | | PA, QL(60 / 30), LA |
| UPTRAVI 1000 mcg tab, 1200 mcg tab, 1400 mcg tab, 1600 mcg tab, 400 mcg tab, 600 mcg tab, 800 mcg tab | 5 | | PA, QL(60 / 30) |
| UPTRAVI 200 mcg tab | 5 | | PA, QL(240 / 30) |
| UPTRAVI TITRATION 200 & 800 mcg tab pack | 5 | | PA |
| WINREVAIR 2 x 45 mg sc kit, 2 x 60 mg sc kit, 45 mg sc kit, 60 mg sc kit | 5 | | PANSO, QL(1 / 21) |
| **Agentes para la Fibrosis Pulmonar** | | | |
| *nintedanib esylate 100 mg cap, 150 mg cap* | 5 | | PA, QL(60 / 30) |
| *pirfenidone 801 mg tab* | 5 | ESBRIET | PA, QL(90 / 30) |
| *pirfenidone 267 mg cap, 267 mg tab* | 5 | ESBRIET | PA, QL(270 / 30) |
| **Agentes del Tracto Respiratorio, Otros** | | | |
| *acetylcysteine 10 % inh soln, 20 % inh soln* | 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) |
| *breyna 160-4.5 mcg/act inh aer, 80-4.5 mcg/act inh aer* | 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) |
| *fluticasone-salmeterol 115-21 mcg/act inh aer, 230-21 mcg/act inh aer, 45-21 mcg/act inh aer* | 2 | | QL(12 / 30) |
| *fluticasone-salmeterol 100-50 mcg/act inh aer pwdr br act, 250-50 mcg/act inh aer pwdr br act, 500-50 mcg/act inh aer pwdr br act* | 2 | ADVAIR DISKUS | QL(60 / 30) |
| *ipratropium-albuterol 0.5-2.5 (3) mg/3ml inh soln* | 2 | DUONEB | PA(*), QL(540 / 30) |
| NUCALA 40 mg/0.4ml sc soln pfs | 5 | | PA, QL(0.4 / 28), LA |
| NUCALA 100 mg sc soln | 5 | | PA, QL(3 / 28), LA |
| NUCALA 100 mg/ml sc soln auto-inj, 100 mg/ml sc soln pfs | 5 | | PA, QL(3 / 28), LA |
| PULMOZYME 2.5 mg/2.5ml inh soln | 5 | | PA(*) |
| STIOLTO RESPIMAT 2.5-2.5 mcg/act inh aer soln | 3 | | QL(4 / 30) |
| SYMBICORT 160-4.5 mcg/act inh aer, 80-4.5 mcg/act inh aer | 3 | | QL(30.6 / 30) |
| TRELEGY ELLIPTA 100-62.5-25 mcg/act inh aer pwdr br act, 200-62.5-25 mcg/act inh aer pwdr br act | 3 | | QL(60 / 30) |
| *wixela inhub 100-50 mcg/act inh aer pwdr br act, 250-50 mcg/act inh aer pwdr br act, 500-50 mcg/act inh aer pwdr br act* | 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** | | | |
| *cyclobenzaprine hcl 10 mg tab, 5 mg tab* | 1 | FLEXERIL | PAHRM,HR |
| *tizanidine hcl 2 mg tab, 4 mg tab* | 2 | ZANAFLEX | |
| **AGENTES PARA DESÓRDENES DEL SUEÑO** | | | |
| **Moduladores del Receptor de GABA** | | | |
| *eszopiclone 1 mg tab, 2 mg tab, 3 mg tab* | 4 | LUNESTA | QL(30 / 30), HR |
| *flurazepam hcl 15 mg cap, 30 mg cap* | 2 | DALMANE | |
| *temazepam 15 mg cap, 30 mg cap* | 1 | RESTORIL | QL(30 / 30) |
| *zaleplon 10 mg cap, 5 mg cap* | 4 | SONATA | QL(30 / 30), HR |
| **Desórdenes del Sueño, Otros** | | | |

[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] |
|---|---|---|---|
| HETLIOZ LQ 4 mg/ml susp | 5 | | PA, QL(150 / 30) |
| *modafinil 100 mg tab* | 2 | PROVIGIL | QL(30 / 30) |
| *modafinil 200 mg tab* | 2 | PROVIGIL | QL(60 / 30) |
| *tasimelteon 20 mg cap* | 5 | | PA, QL(30 / 30) |
| XYREM 500 mg/ml soln | 5 | | PA, QL(540 / 30), LA |
| *zolpidem tartrate 10 mg tab, 5 mg tab* | 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**


*abacavir sulfate* ..... 46
*abacavir sulfate-lamivudine* ..... 46
ABILIFY ASIMTUFII ..... 26
ABILIFY MAINTENA ..... 27
*abiraterone acetate* ..... 33
*abirtega* ..... 33
ABRYSVO ..... 84
*acamprosate calcium* ..... 16
*acarbose* ..... 49
*accutane* ..... 64
*acebutolol hcl* ..... 56
*acetaminophen-codeine* ..... 14
*acetazolamide* ..... 59
*acetazolamide er* ..... 59
*acetic acid* ..... 18
*acetylcysteine* ..... 91
*acitretin* ..... 64
ACTHAR ..... 71
ACTHAR GEL ..... 71
ACTHIB ..... 84
ACTIMMUNE ..... 84
*acyclovir* ..... 48
*acyclovir sodium* ..... 48
ADACEL ..... 84
*adapalene* ..... 64
*adefovir dipivoxil* ..... 45
ADEMPAS ..... 91
*afirmelle* ..... 75
AIMOVIG ..... 32
AKEEGA ..... 34
AKYNZEO ..... 30
*ala-cort* ..... 71
*albendazole* ..... 40
*albuterol sulfate* ..... 89
*albuterol sulfate hfa* ..... 90
*alclometasone dipropionate* ..... 71
*alcohol preps* ..... 18
ALECENSA ..... 35
*alendronate sodium* ..... 86
*alfuzosin hcl er* ..... 71
*aliskiren fumarate* ..... 58
*allopurinol* ..... 31
*alosetron hcl* ..... 68
ALPHAGAN P ..... 88
*alprazolam* ..... 48
*altavera* ..... 75
ALTRENO ..... 64
ALUNBRIG ..... 35
*alyacen 1/35* ..... 75
*alyacen 7/7/7* ..... 75
*alyq* ..... 91
*amabelz* ..... 75
*amantadine hcl* ..... 41
AMBISOME ..... 30
*ambrisentan* ..... 91
*amethia* ..... 75
*amikacin sulfate* ..... 17
*amiloride hcl* ..... 59
*amiloride-hydrochlorothiazide* ..... 58
*amiodarone hcl* ..... 55
*amitriptyline hcl* ..... 29
*amlodipine besy-benazepril hcl* ..... 58
*amlodipine besylate* ..... 57
*amlodipine besylate-valsartan* ..... 58
*ammonium lactate* ..... 64
*amoxapine* ..... 29
*amoxicillin* ..... 20
*amoxicillin-pot clavulanate* ..... 20
*amphetamine-dextroamphet er* ..... 61
*amphetamine-dextroamphetamine* ..... 61
*amphotericin b* ..... 30
*amphotericin b liposome* ..... 30
*ampicillin* ..... 20
*ampicillin sodium* ..... 20
*ampicillin-sulbactam sodium* ..... 18
*anagrelide hcl* ..... 53
*anastrozole* ..... 35
ANORO ELLIPTA ..... 91
*apomorphine hcl* ..... 41
*apraclonidine hcl* ..... 88
*aprepitant* ..... 30
*apri* ..... 75
APTIVUS ..... 47
ARANELLE ..... 75
ARCALYST ..... 84
AREXVY ..... 84
ARIKAYCE ..... 91
*aripiprazole* ..... 27
ARISTADA ..... 27
ARISTADA INITIO ..... 27
*armodafinil* ..... 61
ARNUITY ELLIPTA ..... 89
*asenapine maleate* ..... 42
*ashlyna* ..... 75
*aspirin-dipyridamole er* ..... 54

*atazanavir sulfate* ..... 47
*atenolol* ..... 56
*atenolol-chlorthalidone* ..... 58
*atomoxetine hcl* ..... 61
*atorvastatin calcium* ..... 60
*atovaquone* ..... 40
*atovaquone-proguanil hcl* ..... 40
*atropine sulfate* ..... 87
*aubra eq* ..... 75
AUGTYRO ..... 35
*aurovela 1.5/30* ..... 75
*aurovela 1/20* ..... 75
*aurovela 24 fe* ..... 75
*aurovela fe 1.5/30* ..... 75
*aurovela fe 1/20* ..... 75
AUSTEDO ..... 62
AUSTEDO XR ..... 62
AUSTEDO XR PATIENT TITRATION ..... 62
AUVELITY ..... 27
AVASTIN ..... 35
AVERI ..... 75
*aviane* ..... 75
AVMAPKI FAKZYNJA CO-PACK ..... 34
AVONEX PEN ..... 62
AVONEX PREFILLED ..... 62
AXTLE ..... 34
*ayuna* ..... 75
AYVAKIT ..... 35
*azathioprine* ..... 81
*azelastine hcl* ..... 87, 89
*azilsartan medoxomil* ..... 55
*azithromycin* ..... 21
*aztreonam* ..... 20
*azurette* ..... 75

**B**

*bacitracin-polymyxin b* ..... 87
*bacitra-neomycin-polymyxin-hc* ..... 87
*baclofen* ..... 45
*balsalazide disodium* ..... 85
BALVERSA ..... 35
*balziva* ..... 75
BAXDELA ..... 21
*bcg vaccine* ..... 84
BD INSULIN SYRINGE ..... 51
BD INSULIN SYRINGE ULTRAFINE ..... 51
BD PEN MINI ..... 51
BD PEN NEEDLE MINI ULTRAFINE ..... 51
BELSOMRA ..... 93
*benazepril hcl* ..... 55
*benazepril-hydrochlorothiazide* ..... 58
BENLYSTA ..... 84
*benztropine mesylate* ..... 41
BESREMI ..... 34
BESREMI PEN ..... 34
*betaine* ..... 69
*betamethasone dipropionate* ..... 71
*betamethasone dipropionate aug* ..... 71
*betamethasone valerate* ..... 71
BETASERON ..... 62
*betaxolol hcl* ..... 56
*bethanechol chloride* ..... 71
*bexarotene* ..... 40
BEXSERO ..... 83
*bicalutamide* ..... 33
BICILLIN L-A ..... 20
BIDIL ..... 58
BIKTARVY ..... 45
*bimatoprost* ..... 88
*bisoprolol fumarate* ..... 56
*bisoprolol-hydrochlorothiazide* ..... 58
BIZENGRI (750 MG DOSE) ..... 40
*blisovi 24 fe* ..... 75
*blisovi fe 1.5/30* ..... 75
*blisovi fe 1/20* ..... 75
BOOSTRIX ..... 84
*bosentan* ..... 91
BOSULIF ..... 35, 36
*bosutinib* ..... 36
BRAFTOVI ..... 36
BREO ELLIPTA ..... 91
*breyna* ..... 91
BREZTRI AEROSPHERE ..... 91
*briellyn* ..... 75
BRILINTA ..... 54
*brimonidine tartrate* ..... 88
*brinzolamide* ..... 88
*brivaracetam* ..... 22
*bromfenac sodium* ..... 87
*bromfenac sodium (once-daily)* ..... 87
*bromocriptine mesylate* ..... 41
BROMSITE ..... 87
BRONCHITOL TOLERANCE TEST ..... 90
BRUKINSA ..... 36
*budesonide* ..... 71, 85, 89
*bumetanide* ..... 59
*buprenorphine hcl* ..... 17
*buprenorphine hcl-naloxone hcl* ..... 17
*bupropion hcl* ..... 17
*bupropion hcl er (smoking det)* ..... 17
*bupropion hcl er (sr)* ..... 17

*bupropion hcl er (xl)* ..... 17
*buspirone hcl* ..... 48
*butalbital-apap-caffeine* ..... 14
*butalbital-aspirin-caffeine* ..... 14

**C**

CABENUVA ..... 46
*cabergoline* ..... 79
CABLIVI ..... 52
CABOMETYX ..... 36
*calcipotriene* ..... 64, 65
*calcitonin (salmon)* ..... 86
*calcitriol* ..... 86
*calcium acetate (phos binder)* ..... 68
CALQUENCE ..... 36
*camila* ..... 78
*camrese* ..... 75
*candesartan cilexetil* ..... 55
CAPLYTA ..... 42
CAPRELSA ..... 36
*captopril* ..... 55
*carbamazepine* ..... 25
*carbamazepine er* ..... 25
*carbidopa-levodopa* ..... 41
*carbidopa-levodopa er* ..... 41
*carbidopa-levodopa-entacapone* ..... 41
*carglumic acid* ..... 65
*carteolol hcl* ..... 88
*cartia xt* ..... 57
*carvedilol* ..... 56
*caspofungin acetate* ..... 30
CAYSTON ..... 90
*cefaclor* ..... 19
*cefadroxil* ..... 19
*cefazolin sodium* ..... 19
*cefdinir* ..... 19
*cefepime hcl* ..... 19
*cefixime* ..... 19
*cefoxitin sodium* ..... 19
*cefpodoxime proxetil* ..... 19
*cefprozil* ..... 19, 20
*ceftaroline fosamil* ..... 20
*ceftazidime* ..... 20
*ceftriaxone sodium* ..... 20
*cefuroxime axetil* ..... 20
*cefuroxime sodium* ..... 20
*celecoxib* ..... 14
CELONTIN ..... 23
*cephalexin* ..... 20
CERDELGA ..... 69
*chateal eq* ..... 75
*chlordiazepoxide hcl* ..... 48
*chlorhexidine gluconate* ..... 63
*chloroquine phosphate* ..... 40
*chlorpromazine hcl* ..... 29
*chlorthalidone* ..... 59
*chlorzoxazone* ..... 45
*cholestyramine* ..... 60
*cholestyramine light* ..... 60
*ciclopirox* ..... 30
*ciclopirox olamine* ..... 30
*cilostazol* ..... 54
CIMDUO ..... 46
*cimetidine hcl* ..... 69
*cinacalcet hcl* ..... 86
CINRYZE ..... 80
*ciprofloxacin hcl* ..... 21
*ciprofloxacin in d5w* ..... 21
*ciprofloxacin-dexamethasone* ..... 88
*citalopram hydrobromide* ..... 27
*cladribine (10 tabs)* ..... 62
*cladribine (4 tabs)* ..... 63
*cladribine (5 tabs)* ..... 63
*cladribine (6 tabs)* ..... 63
*cladribine (7 tabs)* ..... 63
*cladribine (8 tabs)* ..... 63
*cladribine (9 tabs)* ..... 63
*clarithromycin* ..... 21
CLENPIQ ..... 66
*clindamycin hcl* ..... 18
*clindamycin phosphate* ..... 18
*clindamycin phosphate in d5w* ..... 18
CLINIMIX E/DEXTROSE (2.75/5) ..... 66
CLINIMIX E/DEXTROSE (4.25/10) ..... 66
CLINIMIX E/DEXTROSE (4.25/5) ..... 66
CLINIMIX E/DEXTROSE (5/15) ..... 66
CLINIMIX E/DEXTROSE (5/20) ..... 66
CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/10) ..... 66
CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/5) ..... 66
CLINIMIX/DEXTROSE (5/15) ..... 67
CLINIMIX/DEXTROSE (5/20) ..... 67
*clobazam* ..... 23
*clobetasol prop emollient base* ..... 71
*clobetasol propionate* ..... 71, 72
*clomipramine hcl* ..... 29
*clonazepam* ..... 23
*clonidine* ..... 54
*clonidine hcl* ..... 54
*clopidogrel bisulfate* ..... 54
*clorazepate dipotassium* ..... 48
*clotrimazole* ..... 30

*clotrimazole-betamethasone* ..... 65
*clozapine* ..... 44, 45
COARTEM ..... 40
COBENFY ..... 42
COBENFY STARTER PACK ..... 42
*codeine sulfate* ..... 15
*colchicine* ..... 31
*colchicine-probenecid* ..... 31
*colesevelam hcl* ..... 49
*colestipol hcl* ..... 60
*colistimethate sodium (cba)* ..... 18
COMBIGAN ..... 87
COMBIVENT RESPIMAT ..... 91
COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE) ..... 36
COMETRIQ (140 MG DAILY DOSE) ..... 36
COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE) ..... 36
*compro* ..... 29
*constulose* ..... 68
COPIKTRA ..... 36
CORTROPHIN ..... 72
CORTROPHIN GEL ..... 72
COSENTYX ..... 64
COSENTYX (300 MG DOSE) ..... 64
COSENTYX SENSOREADY (300 MG) ..... 64
COSENTYX UNOREADY ..... 64
COTELLIC ..... 36
CREON ..... 69
CRESEMBA ..... 30
*cromolyn sodium* ..... 68, 87, 90
*cryselle* ..... 76
*cvs isopropyl alcohol wipes* ..... 18
*cyclobenzaprine hcl* ..... 92
*cyclopentolate hcl* ..... 87
*cyclophosphamide* ..... 33
*cyclosporine* ..... 81
*cyclosporine modified* ..... 81
*cyproheptadine hcl* ..... 89
*cyred eq* ..... 76
CYSTARAN ..... 87

**D**

*dabigatran etexilate mesylate* ..... 52
*dalfampridine er* ..... 63
*danazol* ..... 73
*dantrolene sodium* ..... 45
DANZITEN ..... 36
*dapagliflozin* ..... 49
*dapagliflozin-metformin hcl er* ..... 50
*dapsone* ..... 32
DAPTACEL ..... 84
*daptomycin* ..... 18
*daptomycin-sodium chloride* ..... 18
*darunavir* ..... 47
DARZALEX ..... 40
DARZALEX FASPRO ..... 34
*dasatinib* ..... 36
*dasetta 1/35 (28)* ..... 76
*dasetta 7/7/7* ..... 76
DATROWAY ..... 40
DAURISMO ..... 36
*daysee* ..... 75
*deblitane* ..... 78
*deferasirox* ..... 67
*deferasirox granules* ..... 67
*deferiprone* ..... 67
*deflazacort* ..... 86
DELSTRIGO ..... 47
DENGVAXIA ..... 84
*denta 5000 plus* ..... 67
*dentagel* ..... 67
DEPO-SUBQ PROVERA 104 ..... 78
DESCOVY ..... 46
*desipramine hcl* ..... 29
*desmopressin ace spray refrig* ..... 73
*desmopressin acetate* ..... 73
*desoximetasone* ..... 72
*desvenlafaxine succinate er* ..... 28
*dexamethasone* ..... 72
*dexamethasone sodium phosphate* ..... 72, 88
*dexmethylphenidate hcl* ..... 61
*dextroamphetamine sulfate* ..... 61
*dextrose* ..... 67
*dextrose-nacl* ..... 67
*dextrose-sodium chloride* ..... 67
DIACOMIT ..... 23
*diazepam* ..... 23
*diazepam intensol* ..... 23
*diazoxide* ..... 51
*dichlorphenamide* ..... 59
*diclofenac epolamine* ..... 14
*diclofenac potassium* ..... 14
*diclofenac sodium* ..... 14, 65, 88
*diclofenac sodium er* ..... 14
*dicloxacillin sodium* ..... 21
*dicyclomine hcl* ..... 68
DIFICID ..... 21
*difluprednate* ..... 88
*digoxin* ..... 58
*dihydroergotamine mesylate* ..... 31
DILANTIN ..... 25
*diltiazem hcl* ..... 57

*diltiazem hcl er* ..... 57
*diltiazem hcl er beads* ..... 57
*diltiazem hcl er coated beads* ..... 57
*dilt-xr* ..... 57
*dimethyl fumarate* ..... 63
*dimethyl fumarate starter pack* ..... 63
DIPENTUM ..... 85
*diphenhydramine hcl* ..... 29
*diphenoxylate-atropine* ..... 68
*dipyridamole* ..... 52
*disopyramide phosphate* ..... 56
*disulfiram* ..... 16
*divalproex sodium* ..... 23
*divalproex sodium er* ..... 23
*dofetilide* ..... 56
*donepezil hcl* ..... 26
DOPTELET ..... 54
DOPTELET SPRINKLE ..... 54
*dorzolamide hcl* ..... 88
*dorzolamide hcl-timolol mal* ..... 87
*dotti* ..... 74
DOVATO ..... 46
*doxazosin mesylate* ..... 55
*doxepin hcl* ..... 29
*doxycycline hyclate* ..... 22
*doxycycline monohydrate* ..... 22
DRIZALMA SPRINKLE ..... 28
*dronabinol* ..... 30
*drospirenone-ethinyl estradiol* ..... 76
DROXIA ..... 34
*droxidopa* ..... 54
DUAVEE ..... 79
*duloxetine hcl* ..... 28
DUPIXENT ..... 64
*dutasteride* ..... 71

**E**

*econazole nitrate* ..... 30
EDARBYCLOR ..... 58
EDURANT PED ..... 46
*efavirenz* ..... 46
*efavirenz-emtricitab-tenofo df* ..... 46
*efavirenz-lamivudine-tenofovir* ..... 46
EGRIFTA SV ..... 73
EGRIFTA WR ..... 73
ELEPSIA XR ..... 22
ELIGARD ..... 79
*elinest* ..... 76
ELIQUIS ..... 53
ELIQUIS (1.5 MG PACK) ..... 53
ELIQUIS (2 MG PACK) ..... 53
ELIQUIS DVT/PE STARTER PACK ..... 53
ELMIRON ..... 71
*eluryng* ..... 76
EMBECTA INSULIN SYRINGE U-500 ..... 51
EMBLAVEO ..... 20
EMCYT ..... 34
EMEND ..... 30
EMGALITY ..... 32
EMGALITY (300 MG DOSE) ..... 32
EMRELIS ..... 40
EMSAM ..... 27
*emtricitabine* ..... 46
*emtricitabine-tenofovir df* ..... 46
*emtricitab-rilpivir-tenofov df* ..... 46
EMTRIVA ..... 46
*enalapril maleate* ..... 55
*enalapril-hydrochlorothiazide* ..... 58
ENBREL ..... 81
ENBREL MINI ..... 81
ENBREL SURECLICK ..... 81
ENDARI ..... 34
ENGERIX-B ..... 84
*enilloring* ..... 76
*enoxaparin sodium* ..... 53
ENSACOVE ..... 36
*enskyce* ..... 76
*entacapone* ..... 41
*entecavir* ..... 45
ENTRESTO ..... 59
*enulose* ..... 68
ENVARSUS XR ..... 81
EPIDIOLEX ..... 22
*epinastine hcl* ..... 87
*epinephrine* ..... 90
*eplerenone* ..... 59
EPRONTIA ..... 24
*ergoloid mesylates* ..... 42
*ergotamine-caffeine* ..... 31
ERIVEDGE ..... 36
ERLEADA ..... 33
*erlotinib hcl* ..... 36
*errin* ..... 78
*ertapenem sodium* ..... 20
*ery* ..... 21
*erythromycin* ..... 21
*erythromycin base* ..... 21
*erythromycin ethylsuccinate* ..... 21
ERZOFRI ..... 43
*escitalopram oxalate* ..... 28
*eslicarbazepine acetate* ..... 25

*esomeprazole magnesium* ..... 69
*estarylla* ..... 76
*estradiol* ..... 74
*estradiol valerate* ..... 74
*estradiol-norethindrone acet* ..... 76
*estrogens conjugated* ..... 74
*eszopiclone* ..... 92
*ethambutol hcl* ..... 32
*ethosuximide* ..... 23
*etodolac* ..... 15
*etonogestrel-ethinyl estradiol* ..... 76
*etravirine* ..... 46
EUCRISA ..... 63
EULEXIN ..... 33
EVENITY ..... 86
*everolimus* ..... 36, 81
EVOTAZ ..... 47
EVRYSDI ..... 70
*exemestane* ..... 35
EXKIVITY ..... 36
EXTENCILLINE ..... 21
EXXUA ..... 28
EXXUA TITRATION PACK ..... 28
EYSUVIS ..... 88
*ezetimibe* ..... 60

**F**

*falmina* ..... 76
*famciclovir* ..... 48
*famotidine* ..... 69
FANAPT ..... 43
FANAPT TITRATION PACK A ..... 43
FANAPT TITRATION PACK B ..... 43
FANAPT TITRATION PACK C ..... 43
FARXIGA ..... 49
FASENRA ..... 91
FASENRA PEN ..... 92
*febuxostat* ..... 31
*felbamate* ..... 24
FEMRING ..... 74
*fenofibrate* ..... 59
*fenofibrate micronized* ..... 60
*fentanyl* ..... 15
*fentanyl citrate* ..... 15
FERRIPROX ..... 67
FETZIMA ..... 28
FETZIMA TITRATION ..... 28
FIASP ..... 51
FIASP FLEXTOUCH ..... 51
FIASP PENFILL ..... 51
*fidaxomicin* ..... 21
*finasteride* ..... 71
*fingolimod hcl* ..... 63
FINTEPLA ..... 22
FIRMAGON ..... 79
FIRMAGON (240 MG DOSE) ..... 79
FLEBOGAMMA DIF ..... 83
*flecainide acetate* ..... 56
*fluconazole* ..... 30
*fluconazole in sodium chloride* ..... 30
*flucytosine* ..... 31
*fludrocortisone acetate* ..... 72
*flunisolide* ..... 89
*fluocinolone acetonide* ..... 72
*fluocinonide* ..... 72
*fluocinonide emulsified base* ..... 72
*fluorometholone* ..... 88
*fluorouracil* ..... 64, 65
*fluoxetine hcl* ..... 28
*fluphenazine decanoate* ..... 42
*fluphenazine hcl* ..... 42
*flurazepam hcl* ..... 92
*flurbiprofen* ..... 15
*flurbiprofen sodium* ..... 88
*fluticasone propionate* ..... 72, 89
*fluticasone-salmeterol* ..... 92
*fluvoxamine maleate* ..... 28
*fondaparinux sodium* ..... 53
FORZINITY ..... 69
*fosamprenavir calcium* ..... 47
*fosfomycin tromethamine* ..... 18
*fosinopril sodium* ..... 55
FOTIVDA ..... 36
FRUZAQLA ..... 34
FULPHILA ..... 54
*furosemide* ..... 59
FUZEON ..... 47
FYARRO ..... 36
*fyavolv* ..... 76

**G**

*gabapentin* ..... 24
GALAFOLD ..... 70
*galantamine hydrobromide* ..... 26
*galantamine hydrobromide er* ..... 26
GAMMAGARD ..... 83
GAMMAGARD ERC ..... 83
GAMMAGARD S/D LESS IGA ..... 83
GAMMAPLEX ..... 83
GAMUNEX-C ..... 83
GARDASIL 9 ..... 84
GATTEX ..... 69

*gauze pads* ..... 51
GAVILYTE-C ..... 68
*gavilyte-g* ..... 68
GAVRETO ..... 36
*gefitinib* ..... 36
*gemfibrozil* ..... 60
GEMTESA ..... 70
*generlac* ..... 68
*gengraf* ..... 81
*gentamicin sulfate* ..... 17
GENVOYA ..... 45
GILOTRIF ..... 36
GLASSIA ..... 69
*glatiramer acetate* ..... 63
*glatopa* ..... 63
*glimepiride* ..... 49
*glipizide* ..... 49
*glipizide er* ..... 49
*glipizide-metformin hcl* ..... 50
*glyburide* ..... 49
*glyburide-metformin* ..... 50
*glycerol phenylbutyrate* ..... 70
*glycopyrrolate* ..... 68
*glydo* ..... 16
GLYXAMBI ..... 49
GOMEKLI ..... 36
*goodsense arthritis pain* ..... 15
GRAFAPEX ..... 33
*granisetron hcl* ..... 30
*griseofulvin microsize* ..... 31
*guanfacine hcl* ..... 54
*guanfacine hcl er* ..... 61
GVOKE HYPOPEN 2-PACK ..... 51
GVOKE PFS ..... 51

**H**

HAEGARDA ..... 80
*hailey 1.5/30* ..... 76
*hailey 24 fe* ..... 76
*hailey fe 1.5/30* ..... 76
*hailey fe 1/20* ..... 76
*halobetasol propionate* ..... 72
*haloperidol* ..... 42
*haloperidol decanoate* ..... 42
*haloperidol lactate* ..... 42
HAVRIX ..... 84
*heather* ..... 78
*heparin sodium (porcine)* ..... 53
HEPLISAV-B ..... 84
HERNEXEOS ..... 36
HETLIOZ LQ ..... 93
HIBERIX ..... 84
HUMIRA (2 PEN) ..... 81
HUMIRA (2 SYRINGE) ..... 81
HUMIRA-CD/UC/HS STARTER ..... 81
HUMIRA-PED<40KG CROHNS STARTER ..... 81
HUMIRA-PED>/=40KG CROHNS START ..... 81
HUMIRA-PED>/=40KG UC STARTER ..... 81
HUMIRA-PSORIASIS/UVEIT STARTER ..... 82
HUMULIN R U-500 KWIKPEN ..... 51
*hydralazine hcl* ..... 61
*hydrochlorothiazide* ..... 59
*hydrocodone-acetaminophen* ..... 14
*hydrocodone-ibuprofen* ..... 14
*hydrocortisone* ..... 72
*hydrocortisone (perianal)* ..... 72
*hydrocortisone butyrate* ..... 72
*hydrocortisone valerate* ..... 72
*hydromorphone hcl* ..... 15
*hydromorphone hcl pf* ..... 15
*hydroxychloroquine sulfate* ..... 40
*hydroxyurea* ..... 34
*hydroxyzine hcl* ..... 48
*hydroxyzine pamoate* ..... 48
HYRNUO ..... 36
HYZAAR ..... 58

**I**

*ibandronate sodium* ..... 86
IBRANCE ..... 36
IBTROZI ..... 36
*ibu* ..... 15
*ibuprofen* ..... 15
*icatibant acetate* ..... 80
*iclevia* ..... 75
ICLUSIG ..... 37
*icosapent ethyl* ..... 60
IDHIFA ..... 37
IDVYNSO ..... 46
ILEVRO ..... 88
*imatinib mesylate* ..... 37
IMBRUVICA ..... 37
*imipenem-cilastatin* ..... 18
*imipramine hcl* ..... 29
*imiquimod* ..... 65
IMJUDO ..... 40
*imkeldi* ..... 37
IMOVAX RABIES ..... 84
INBRIJA ..... 41
*incassia* ..... 78
INCRELEX ..... 73
*indapamide* ..... 59

*indomethacin* ..... 15
INFANRIX ..... 84
INGREZZA ..... 62
INLURIYO ..... 34
INLYTA ..... 37
INQOVI ..... 34
INREBIC ..... 37
INTELENCE ..... 46
INTRALIPID ..... 67
INVEGA HAFYERA ..... 43
INVEGA SUSTENNA ..... 43
INVEGA TRINZA ..... 43
IPOL ..... 84
*ipratropium bromide* ..... 89
*ipratropium bromide hfa* ..... 89
*ipratropium-albuterol* ..... 92
*irbesartan* ..... 55
*irbesartan-hydrochlorothiazide* ..... 58
ISENTRESS ..... 45
ISENTRESS HD ..... 45
*isibloom* ..... 76
ISOLYTE-P IN D5W ..... 67
ISOLYTE-S PH 7.4 ..... 65
*isoniazid* ..... 32
*isosorbide dinitrate* ..... 61
*isosorbide mononitrate er* ..... 61
*isotretinoin* ..... 64
ITOVEBI ..... 37
*itraconazole* ..... 31
*ivabradine hcl* ..... 59
*ivermectin* ..... 40
IWILFIN ..... 34
IXIARO ..... 84

**J**

*jaimiess* ..... 75
JAKAFI ..... 37
JAKAFI XR ..... 37
*jantoven* ..... 53
JARDIANCE ..... 49
*jasmiel* ..... 76
JAYPIRCA ..... 37
*jencycla* ..... 79
JENTADUETO ..... 50
JENTADUETO XR ..... 50
JIDEYTRO ..... 37
*jinteli* ..... 76
JUBBONTI ..... 86
*juleber* ..... 76
JULUCA ..... 47
*junel 1.5/30* ..... 76
*junel 1/20* ..... 76
*junel fe 1.5/30* ..... 76
*junel fe 1/20* ..... 76
*junel fe 24* ..... 76
JUXTAPID ..... 60
JYNNEOS ..... 84

**K**

*kalliga* ..... 76
KALYDECO ..... 90
*kariva* ..... 75
*kelnor 1/35* ..... 76
*kelnor 1/50* ..... 76
KERENDIA ..... 59
KESIMPTA ..... 63
*ketoconazole* ..... 31
*ketorolac tromethamine* ..... 15, 88
KEYTRUDA ..... 40
KEYTRUDA QLEX ..... 34
KINERET ..... 83
KINRIX ..... 84
KISQALI (200 MG DOSE) ..... 37
KISQALI (400 MG DOSE) ..... 37
KISQALI (600 MG DOSE) ..... 37
KISQALI FEMARA (200 MG DOSE) ..... 34
KISUNLA ..... 26
*klor-con m10* ..... 65
*klor-con m15* ..... 65
*klor-con m20* ..... 65
KLOXXADO ..... 17
KOMZIFTI ..... 37
KOSELUGO ..... 37
*kourzeq* ..... 63
KRAZATI ..... 37
KRINTAFEL ..... 40
KRYSTEXXA ..... 31
*kurvelo* ..... 76
*kymbee* ..... 86
KYPROLIS ..... 37

**L**

*labetalol hcl* ..... 56
*lacosamide* ..... 25
*lactulose* ..... 68
LAGEVRIO ..... 48
*lamivudine* ..... 45, 46
*lamivudine-zidovudine* ..... 46
*lamotrigine* ..... 24
*lanreotide acetate* ..... 79
*lansoprazole* ..... 69
*lanthanum carbonate* ..... 68

LANTUS ..... 51
LANTUS SOLOSTAR ..... 51
*lapatinib ditosylate* ..... 37
*larin 1.5/30* ..... 76
*larin 1/20* ..... 76
*larin 24 fe* ..... 76
*larin fe 1.5/30* ..... 76
*larin fe 1/20* ..... 76
*latanoprost* ..... 88
LAZCLUZE ..... 37
*ledipasvir-sofosbuvir* ..... 45
*leflunomide* ..... 84
*lenalidomide* ..... 33
LENVIMA (10 MG DAILY DOSE) ..... 37
LENVIMA (12 MG DAILY DOSE) ..... 37
LENVIMA (14 MG DAILY DOSE) ..... 37
LENVIMA (18 MG DAILY DOSE) ..... 37
LENVIMA (20 MG DAILY DOSE) ..... 38
LENVIMA (24 MG DAILY DOSE) ..... 38
LENVIMA (4 MG DAILY DOSE) ..... 38
LENVIMA (8 MG DAILY DOSE) ..... 38
LEQVIO ..... 60
*lessina* ..... 76
*letrozole* ..... 35
*leucovorin calcium* ..... 34
LEUKERAN ..... 33
LEUKINE ..... 54
*leuprolide acetate* ..... 79
*levetiracetam* ..... 22, 23
*levetiracetam er* ..... 23
*levobunolol hcl* ..... 88
*levocarnitine* ..... 65
*levocarnitine (dietary)* ..... 65
*levocetirizine dihydrochloride* ..... 89
*levofloxacin* ..... 21
*levofloxacin in d5w* ..... 22
*levonest* ..... 76
*levonorgest-eth estrad 91-day* ..... 75
*levonorgest-eth estradiol-iron* ..... 77
*levonorgestrel-ethinyl estrad* ..... 77
*levonorg-eth estrad triphasic* ..... 76
*levothyroxine sodium* ..... 79
LEXIVA ..... 47
*l-glutamine* ..... 34
LIBERVANT ..... 24
*lidocaine* ..... 16
*lidocaine hcl* ..... 16
*lidocaine hcl (cardiac) pf* ..... 56
*lidocaine viscous hcl* ..... 16
*lidocaine-prilocaine* ..... 16
LIFYORLI (125 MG DOSE) ..... 34
LIFYORLI (150 MG DOSE) ..... 34
*linezolid* ..... 18
LINZESS ..... 69
*liothyronine sodium* ..... 79
*lisinopril* ..... 55
*lisinopril-hydrochlorothiazide* ..... 58
*lithium* ..... 48
*lithium carbonate* ..... 49
*lithium carbonate er* ..... 49
LIVALO ..... 60
LIVTENCITY ..... 18
*lofexidine hcl* ..... 16
*lojaimiess* ..... 75
LOKELMA ..... 67
*lomustine* ..... 33
LONSURF ..... 34
*loperamide hcl* ..... 69
*lopinavir-ritonavir* ..... 47
*lorazepam* ..... 24
LORBRENA ..... 38
*loryna* ..... 77
*losartan potassium* ..... 55
*losartan potassium-hctz* ..... 58
LOTEMAX ..... 88
LOTEMAX SM ..... 88
*loteprednol etabonate* ..... 88
*loteprednol-tobramycin* ..... 87
*lovastatin* ..... 60
*low-ogestrel* ..... 77
*loxapine succinate* ..... 42
*lo-zumandimine* ..... 77
*lubiprostone* ..... 69
*luizza 1.5/30* ..... 77
*luizza 1/20* ..... 77
LUMAKRAS ..... 38
LUNSUMIO ..... 40
LUPRON DEPOT (1-MONTH) ..... 79
LUPRON DEPOT (3-MONTH) ..... 80
LUPRON DEPOT (4-MONTH) ..... 80
LUPRON DEPOT (6-MONTH) ..... 80
LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH) ..... 80
LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH) ..... 80
LUPRON DEPOT-PED (6-MONTH) ..... 80
*lurasidone hcl* ..... 43
LYBALVI ..... 43
*lyleq* ..... 79
*lyllana* ..... 74
LYNPARZA ..... 38
LYSODREN ..... 34

LYTGOBI (12 MG DAILY DOSE)..... 38
LYTGOBI (16 MG DAILY DOSE)..... 38
LYTGOBI (20 MG DAILY DOSE)..... 38
*lyza* ..... 79

**M**

*macitentan* ..... 91
*magnesium sulfate*..... 65
*magnesium sulfate in d5w*..... 66
*malathion* ..... 65
*maraviroc* ..... 47
*marlissa*..... 77
MARPLAN..... 27
MATULANE ..... 33
MAVYRET..... 45
MAYZENT..... 63
MAYZENT STARTER PACK ..... 63
*meclizine hcl* ..... 29
*medroxyprogesterone acetate* ..... 79
*mefenamic acid*..... 15
*mefloquine hcl*..... 41
*megestrol acetate* ..... 79
MEKINIST ..... 38
MEKTOVI..... 38
*meloxicam*..... 15
*memantine hcl*..... 26
*memantine hcl er* ..... 26
MENQUADFI ..... 84
MENVEO ..... 84
*mercaptopurine* ..... 34
*meropenem*..... 20
*mesalamine*..... 85
*mesalamine er* ..... 85
*mesna* ..... 40
MESNEX..... 40
*metformin hcl* ..... 49
*metformin hcl er* ..... 49
*methadone hcl* ..... 15
*methenamine hippurate* ..... 18
*methimazole*..... 80
*methocarbamol* ..... 45
*methotrexate sodium* ..... 82
*methotrexate sodium (pf)* ..... 82
*methoxsalen rapid*..... 64
*methscopolamine bromide* ..... 68
*methsuximide*..... 23
*methylphenidate hcl* ..... 62
*methylphenidate hcl er (cd)*..... 62
*methylphenidate hcl er (la)*..... 62
*methylprednisolone*..... 86
*methylprednisolone acetate* ..... 86
*methylprednisolone sodium succ* ..... 86
*metoclopramide hcl* ..... 29
*metolazone*..... 59
*metoprolol succinate er* ..... 56
*metoprolol tartrate* ..... 56
*metoprolol-hydrochlorothiazide* ..... 58
*metronidazole*..... 18, 19
*metyrosine*..... 59
*mexiletine hcl* ..... 56
*micafungin sodium* ..... 31
*miconazole 3* ..... 31
*microgestin fe 1/20*..... 77
*midodrine hcl*..... 55
*mifepristone*..... 51
*miglustat*..... 70
*mili*..... 77
*milnacipran hcl* ..... 62
*mimvey*..... 77
*minocycline hcl*..... 22
*minoxidil* ..... 61
*mirtazapine*..... 27
*misoprostol*..... 69
MITIGARE..... 31
M-M-R II ..... 84
*modafinil*..... 93
MODEYSO..... 34
*molindone hcl*..... 42
*mometasone furoate* ..... 72, 73, 89
*mondoxyne nl*..... 22
*mono-linyah*..... 77
*montelukast sodium* ..... 89
*morphine sulfate*..... 16
*morphine sulfate (concentrate)*..... 16
*morphine sulfate er*..... 15, 16
MOTPOLY XR..... 25
MOUNJARO..... 49
MOVANTIK ..... 69
*moxifloxacin hcl*..... 21, 22
*moxifloxacin hcl in nacl*..... 22
MRESVIA..... 84
MULPLETA ..... 54
MULTAQ ..... 56
*multiple electro type 1 ph 7.4* ..... 66
*mupirocin*..... 19
MVASI..... 38
*mycophenolate mofetil* ..... 82
*mycophenolate sodium* ..... 82
MYRBETRIQ..... 70

**N**

*nabumetone* ..... 15

*nafcillin sodium* ..... 21
*naloxone hcl* ..... 17
*naltrexone hcl* ..... 17
NAMZARIC ..... 26
*naproxen* ..... 15
*naproxen dr* ..... 15
NARCAN ..... 17
NAYZILAM ..... 23
*nebivolol hcl* ..... 56
*necon 0.5/35 (28)* ..... 77
*nefazodone hcl* ..... 28
NEFFY ..... 90
*neomycin sulfate* ..... 17
*neomycin-bacitracin zn-polymyx* ..... 87
*neomycin-polymyxin-dexameth* ..... 87
*neomycin-polymyxin-gramicidin* ..... 87
*neomycin-polymyxin-hc* ..... 87, 89
NERLYNX ..... 38
NEULASTA ..... 54
NEUPRO ..... 41
*nevirapine* ..... 46
*nevirapine er* ..... 46
NEXLETOL ..... 60
NEXLIZET ..... 60
NEXPLANON ..... 79
*niacin er (antihyperlipidemic)* ..... 60
*nicardipine hcl* ..... 57
NICOTROL NS ..... 17
*nifedipine* ..... 57
*nifedipine er* ..... 57
*nifedipine er osmotic release* ..... 57
*nikki* ..... 77
NIKTIMVO ..... 33
*nilotinib d-tartrate* ..... 38
*nilotinib hcl* ..... 38
*nilutamide* ..... 33
NINLARO ..... 35
*nintedanib esylate* ..... 91
*nitazoxanide* ..... 41
*nitisinone* ..... 70
*nitrofurantoin macrocrystal* ..... 19
*nitrofurantoin monohyd macro* ..... 19
*nitroglycerin* ..... 61
NITYR ..... 70
NIVESTYM ..... 54
*nizatidine* ..... 69
NORDITROPIN FLEXPRO ..... 73
*norelgestromin-eth estradiol* ..... 77
*norethin ace-eth estrad-fe* ..... 77
*norethindrone* ..... 79
*norethindrone acetate* ..... 79
*norethindrone acet-ethinyl est* ..... 77
*norethindrone-eth estradiol* ..... 77
*norgestimate-eth estradiol* ..... 77
*norgestim-eth estrad triphasic* ..... 77
*nortrel 0.5/35 (28)* ..... 77
*nortrel 1/35 (21)* ..... 77
*nortrel 1/35 (28)* ..... 77
*nortrel 7/7/7* ..... 77
*nortriptyline hcl* ..... 29
NOVOLIN 70/30 ..... 51
NOVOLIN 70/30 FLEXPEN ..... 51
NOVOLIN N ..... 51
NOVOLIN N FLEXPEN ..... 51
NOVOLIN R ..... 51
NOVOLIN R FLEXPEN ..... 52
NOVOLOG ..... 52
NOVOLOG FLEXPEN ..... 52
NOVOLOG MIX 70/30 ..... 52
NOVOLOG MIX 70/30 FLEXPEN ..... 52
NOVOLOG PENFILL ..... 52
NUBEQA ..... 33
NUCALA ..... 92
NUPLAZID ..... 43
NURTEC ..... 32
NUTRILIPID ..... 67
*nyamyc* ..... 31
*nylia 1/35* ..... 77
*nylia 7/7/7* ..... 77
*nystatin* ..... 31
*nystop* ..... 31
NYVEPRIA ..... 54

**O**

OCREVUS ..... 63
OCREVUS ZUNOVO ..... 63
OCTAGAM ..... 83
*octreotide acetate* ..... 80
ODEFSEY ..... 46
ODOMZO ..... 38
*ofloxacin* ..... 22
OGSIVEO ..... 38
OJEMDA ..... 38
OJJAARA ..... 38
*olanzapine* ..... 43, 44
*olmesartan medoxomil* ..... 55
*olmesartan medoxomil-hctz* ..... 58
*olopatadine hcl* ..... 87
*omega-3-acid ethyl esters* ..... 60
*omeprazole* ..... 69
*omeprazole-sodium bicarbonate* ..... 69

OMNIPOD 5 DEXG7G6 INTRO GEN 5 ..... 52
OMNIPOD 5 DEXG7G6 PODS GEN 5 ..... 52
OMNIPOD 5 G7 INTRO (GEN 5)..... 52
OMNIPOD 5 G7 PODS (GEN 5)..... 52
OMNIPOD 5 LIBRE INTRO ..... 52
OMNIPOD 5 LIBRE PODS ..... 52
OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3) ..... 52
OMNIPOD DASH INTRO (GEN 4)..... 52
OMNIPOD DASH PDM (GEN 4)..... 52
OMNIPOD DASH PODS (GEN 4)..... 52
OMNIPOD GO ..... 52
*ondansetron* ..... 30
*ondansetron hcl* ..... 30
ONUREG ..... 34
OPIPZA..... 27
OPVEE ..... 17
*oralone* ..... 63
ORENCIA..... 82
ORENCIA CLICKJECT ..... 82
ORFADIN..... 70
ORGOVYX..... 80
ORILISSA ..... 80
ORKAMBI ..... 90
ORLADEYO ..... 80
ORSERDU ..... 33
*oseltamivir phosphate* ..... 47
OSMOLEX ER ..... 41
OTEZLA ..... 64
OTEZLA XR ..... 64
OTEZLA/OTEZLA XR INITIATION PK..... 64
*oxcarbazepine*..... 25, 26
*oxcarbazepine er* ..... 26
*oxybutynin chloride* ..... 70
*oxybutynin chloride er* ..... 70
*oxycodone hcl* ..... 16
*oxycodone hcl er*..... 16
*oxycodone-acetaminophen* ..... 14
OXYCONTIN..... 16
OZEMPIC..... 49
OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE) ..... 49
OZEMPIC (1 MG/DOSE) ..... 49
OZEMPIC (2 MG/DOSE) ..... 49

**P**

*pacerone* ..... 56
*paliperidone er* ..... 44
PALYNZIQ ..... 70
PANRETIN..... 40
*pantoprazole sodium*..... 69
*paricalcitol* ..... 86
*paroxetine hcl*..... 28
PAXLOVID (150/100)..... 48
PAXLOVID (300/100 & 150/100)..... 48
PAXLOVID (300/100)..... 48
*pazopanib hcl* ..... 38
PEDIARIX ..... 84
PEDVAXHIB..... 84
*peg 3350-kcl-na bicarb-nacl* ..... 68
*peg-3350/electrolytes* ..... 68
PEGASYS ..... 45
PEMAZYRE ..... 38
PEMRYDI RTU ..... 34
PENBRAYA..... 84
*penicillamine* ..... 71
*penicillin g potassium* ..... 21
*penicillin v potassium* ..... 21
*penmenvy*..... 84
PENTACEL ..... 85
*pentamidine isethionate* ..... 41
*pentoxifylline er* ..... 59
*perampanel* ..... 24, 25
*perindopril erbumine*..... 55
*periogard* ..... 63
*permethrin* ..... 65
*perphenazine* ..... 29
*perphenazine-amitriptyline* ..... 27
*pfizerpen* ..... 21
*phenelzine sulfate* ..... 27
*phenobarbital* ..... 24
*phenytek*..... 26
*phenytoin*..... 26
*phenytoin sodium extended* ..... 26
*philith*..... 77
PIFELTRO..... 47
*pilocarpine hcl* ..... 63, 88
*pimecrolimus* ..... 64
*pimozide*..... 42
*pimtrea* ..... 75
*pioglitazone hcl* ..... 50
*piperacillin sod-tazobactam so* ..... 18
PIQRAY (200 MG DAILY DOSE) ..... 35
PIQRAY (250 MG DAILY DOSE) ..... 35
PIQRAY (300 MG DAILY DOSE) ..... 35
*pirfenidone* ..... 91
PLASMA-LYTE 148..... 66
PLASMA-LYTE A ..... 66
PLEGRIDY ..... 63
*podofilox*..... 64
*polymyxin b sulfate*..... 19
*polymyxin b-trimethoprim* ..... 87
*pomalidomide*..... 33

*portia-28* ..... 77
*posaconazole* ..... 31
*potassium chloride* ..... 66
*potassium chloride crys er* ..... 66
*potassium chloride er* ..... 66
*potassium chloride in nacl* ..... 66
*potassium citrate er* ..... 66
PRALUENT ..... 60
*pramipexole dihydrochloride* ..... 41
*prasugrel hcl* ..... 54
*pravastatin sodium* ..... 60
*praziquantel* ..... 40
*prazosin hcl* ..... 55
*prednisolone* ..... 73
*prednisolone acetate* ..... 88
*prednisolone sodium phosphate* ..... 73, 88
*prednisone* ..... 73
*pregabalin* ..... 23
PREHEVBRIO ..... 85
PREMARIN ..... 74
PREMPHASE ..... 77
PREMPRO ..... 77
*pretomanid* ..... 32
*prevalite* ..... 60
PREVYMIS ..... 45
PREZCOBIX ..... 47
PREZISTA ..... 47
*primaquine phosphate* ..... 41
*primidone* ..... 24
PRIORIX ..... 85
PRIVIGEN ..... 83
*probenecid* ..... 31
*prochlorperazine* ..... 29
*prochlorperazine maleate* ..... 30
*procto-med hc* ..... 73
*proctosol hc* ..... 73
*proctozone-hc* ..... 73
*progesterone* ..... 79
PROGRAF ..... 82
PROLASTIN-C ..... 70
PROLENSA ..... 88
PROMACTA ..... 54
*promethazine hcl* ..... 30
*promethegan* ..... 30
*propafenone hcl* ..... 56
*propranolol hcl* ..... 56
*propranolol hcl er* ..... 57
*propylthiouracil* ..... 80
PROQUAD ..... 85
PROSOL ..... 67
*protriptyline hcl* ..... 29
PROXIVOL ..... 16
PULMOZYME ..... 92
*pyrazinamide* ..... 32
*pyridostigmine bromide* ..... 32
*pyrimethamine* ..... 41
PYRUKYND ..... 70
PYRUKYND TAPER PACK ..... 70

**Q**

QINLOCK ..... 38
QUADRACEL ..... 85
*quetiapine fumarate* ..... 27
*quinapril hcl* ..... 55
*quinapril-hydrochlorothiazide* ..... 58
*quinidine sulfate* ..... 56
*quinine sulfate* ..... 41
QULIPTA ..... 32

**R**

RABAVERT ..... 85
*rabeprazole sodium* ..... 69
RALDESY ..... 28
*raloxifene hcl* ..... 79
*ramipril* ..... 55
*ranolazine er* ..... 59
*rasagiline mesylate* ..... 42
RASUVO ..... 82
RAYALDEE ..... 86
*reclipsen* ..... 77
RECOMBIVAX HB ..... 85
RELENZA DISKHALER ..... 48
*relgaabi* ..... 24
REMICADE ..... 84
*repaglinide* ..... 50
REPATHA ..... 60
REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM ..... 60
REPATHA SURECLICK ..... 60
RESTASIS ..... 87
RESTASIS MULTIDOSE ..... 87
RETACRIT ..... 54
RETEVMO ..... 38
REVCOVI ..... 66
REVUFORJ ..... 38
REXULTI ..... 44
REYATAZ ..... 47
REZDIFFRA ..... 69
REZLIDHIA ..... 39
REZUROCK ..... 82
RHOPRESSA ..... 88
RIABNI ..... 84

*ribavirin* ..... 45
*rifabutin* ..... 32
*rifampin* ..... 32
*rifapentine* ..... 32
*rilpivirine hcl* ..... 46
*riluzole* ..... 62
*rimantadine hcl* ..... 48
RINVOQ ..... 82
RINVOQ LQ ..... 82
*risedronate sodium* ..... 86
*risperidone* ..... 44
*risperidone microspheres er* ..... 44
*ritonavir* ..... 47
*rivaroxaban* ..... 53
*rivastigmine* ..... 26
*rivastigmine tartrate* ..... 26
*rizatriptan benzoate* ..... 32
ROCKLATAN ..... 88
*roflumilast* ..... 90
ROLVEDON ..... 54
ROMVIMZA ..... 39
*ropinirole hcl* ..... 41
*rosuvastatin calcium* ..... 60
ROTARIX ..... 85
ROTATEQ ..... 85
ROZLYTREK ..... 39
RUBRACA ..... 39
*rufinamide* ..... 26
RUKOBIA ..... 47
RYBELSUS (FORMULATION R2) ..... 50
RYDAPT ..... 39
RYSTIGGO ..... 33

**S**

*sacubitril-valsartan* ..... 59
*sajazir* ..... 80
SANTYL ..... 64
*sapropterin dihydrochloride* ..... 70
SAVELLA TITRATION PACK ..... 62
SCEMBLIX ..... 39
*scopolamine* ..... 30
SECUADO ..... 44
*selegiline hcl* ..... 42
*selenium sulfide* ..... 64
SELZENTRY ..... 47
SEREVENT DISKUS ..... 90
SEROSTIM ..... 69
*sertraline hcl* ..... 28
*setlakin* ..... 75
*sevelamer carbonate* ..... 68
*sevelamer hcl* ..... 68
*sharobel* ..... 79
SHINGRIX ..... 85
SIGNIFOR ..... 80
*sildenafil citrate* ..... 71, 91
*silver sulfadiazine* ..... 22
SIMBRINZA ..... 87
*simliya* ..... 75
*simpesse* ..... 75
*simvastatin* ..... 60
*sirolimus* ..... 82
SIRTURO ..... 32
*sitaglip phos-metformin hcl er* ..... 50
*sitagliptin phos-metformin hcl* ..... 50
*sitagliptin phosphate* ..... 50
SKYLA ..... 79
SKYRIZI ..... 82
SKYRIZI PEN ..... 82
*sodium chloride* ..... 66
*sodium chloride (pf)* ..... 66
*sodium fluoride* ..... 67
*sodium fluoride 5000 ppm* ..... 67
*sodium fluoride 5000 sensitive* ..... 67
*sodium phenylbutyrate* ..... 70
*sodium polystyrene sulfonate* ..... 67
*sofosbuvir-velpatasvir* ..... 45
SOLIQUA ..... 50
SOLTAMOX ..... 33
SOLU-CORTEF ..... 73
SOMAVERT ..... 80
*sorafenib tosylate* ..... 39
*sotalol hcl* ..... 56
*sotalol hcl (af)* ..... 56
SPIRIVA HANDIHALER ..... 89
SPIRIVA RESPIMAT ..... 89
*spironolactone* ..... 59
*sprintec 28* ..... 77
SPRITAM ..... 23
*sps (sodium polystyrene sulf)* ..... 68
*ssd* ..... 22
STELARA ..... 64, 85
STEQEYMA ..... 64
STIOLTO RESPIMAT ..... 92
STIVARGA ..... 39
*streptomycin sulfate* ..... 17
STRIBILD ..... 45
STRIVERDI RESPIMAT ..... 90
SUBVENITE ..... 25
*sucralfate* ..... 69
*sulfacetamide sodium* ..... 22
*sulfacetamide sodium (acne)* ..... 22

*sulfacetamide-prednisolone* ..... 87
*sulfadiazine* ..... 22
*sulfamethoxazole-trimethoprim* ..... 22
*sulfasalazine* ..... 85
*sulfatrim pediatric* ..... 22
*sulindac* ..... 15
*sumatriptan* ..... 32
*sumatriptan succinate* ..... 32
*sunitinib malate* ..... 39
SUNLENCA ..... 47
SUNOSI ..... 93
SUPREP BOWEL PREP KIT ..... 67
SUTAB ..... 67
*syeda* ..... 77
SYMBICORT ..... 92
SYMDEKO ..... 90
SYMPAZAN ..... 24
SYMTUZA ..... 47
SYNAREL ..... 80
SYNJARDY ..... 50
SYNJARDY XR ..... 50
SYNTHROID ..... 79

**T**

TABLOID ..... 34
TABRECTA ..... 39
*tacrolimus* ..... 64, 82
*tacrolimus er* ..... 82
*tadalafil* ..... 71
*tadalafil (pah)* ..... 91
TAFINLAR ..... 39
TAGRISSO ..... 39
TAKHZYRO ..... 80
TALZENNA ..... 39
*tamoxifen citrate* ..... 33
*tamsulosin hcl* ..... 71
*tanlor* ..... 45
*tarina 24 fe* ..... 78
*tarina fe 1/20 eq* ..... 78
*tasimelteon* ..... 93
TAVALISSE ..... 52
TAVNEOS ..... 83
*tazarotene* ..... 64
*taztia xt* ..... 57
TDVAX ..... 85
TECVAYLI ..... 40
*telmisartan* ..... 55
*temazepam* ..... 92
TENIVAC ..... 85
*tenofovir disoproxil fumarate* ..... 47
TEPEZZA ..... 87
TEPMETKO ..... 39
*terazosin hcl* ..... 55
*terbinafine hcl* ..... 31
*terbutaline sulfate* ..... 90
*terconazole* ..... 31
*teriflunomide* ..... 63
*testosterone* ..... 74
*testosterone cypionate* ..... 74
*testosterone enanthate* ..... 74
*tetrabenazine* ..... 62
*tetracycline hcl* ..... 22
TEVIMBRA ..... 40
THALOMID ..... 33
*theophylline* ..... 90
*theophylline er* ..... 91
*thioridazine hcl* ..... 42
*thiothixene* ..... 42
*tiadylt er* ..... 57
*tiagabine hcl* ..... 24
TIBSOVO ..... 39
*ticagrelor* ..... 54
TICOVAC ..... 85
*tigecycline* ..... 19
*timolol maleate* ..... 32, 88
*tinidazole* ..... 19
*tiopronin* ..... 71
TIVICAY ..... 46
TIVICAY PD ..... 46
*tizanidine hcl* ..... 92
TOBI PODHALER ..... 90
*tobramycin* ..... 17, 90
*tobramycin sulfate* ..... 17
*tobramycin-dexamethasone* ..... 87
*tofacitinib citrate* ..... 83
*tofacitinib citrate er* ..... 83
*tolterodine tartrate* ..... 70
*tolterodine tartrate er* ..... 70
*tolvaptan* ..... 68
*topiramate* ..... 25
*toremifene citrate* ..... 33
*torsemide* ..... 59
TOUJEO MAX SOLOSTAR ..... 52
TOUJEO SOLOSTAR ..... 52
TRACLEER ..... 91
TRADJENTA ..... 50
*tramadol hcl* ..... 16
*tramadol-acetaminophen* ..... 14
*trandolapril* ..... 55
*tranexamic acid* ..... 52
*tranylcypromine sulfate* ..... 27

TRAVASOL ..... 67
*travoprost (bak free)* ..... 88
*trazodone hcl* ..... 28
TRELEGY ELLIPTA ..... 92
TRELSTAR MIXJECT ..... 80
TREMFYA ..... 65, 83
TREMFYA ONE-PRESS ..... 65
TREMFYA PEN ..... 83
TREMFYA-CD/UC INDUCTION ..... 83
*tretinoin* ..... 40, 65
*triamcinolone acetonide* ..... 63, 73, 86
*triamterene-hctz* ..... 58
*trientine hcl* ..... 68
*tri-estarylla* ..... 78
*trifluoperazine hcl* ..... 42
*trifluridine* ..... 48
*trihexyphenidyl hcl* ..... 41
TRIJARDY XR ..... 50
TRIKAFTA ..... 90
*tri-legest fe* ..... 78
*tri-linyah* ..... 78
*tri-lo-estarylla* ..... 78
*tri-lo-marzia* ..... 78
*tri-lo-mili* ..... 78
*tri-lo-sprintec* ..... 78
*trimethoprim* ..... 19
*tri-mili* ..... 78
*trimipramine maleate* ..... 29
TRINTELLIX ..... 28
*tri-nymyo* ..... 78
*tri-sprintec* ..... 78
TRIUMEQ ..... 47
*triumeq pd* ..... 47
*trivora (28)* ..... 78
*tri-vylibra* ..... 78
*tri-vylibra lo* ..... 78
TROPHAMINE ..... 67
*trospium chloride* ..... 71
TRULICITY ..... 51
TRUMENBA ..... 85
TRUQAP ..... 39
TUKYSA ..... 39
TURALIO ..... 39
TWINRIX ..... 85
TYENNE ..... 83
TYMLOS ..... 86
TYPHIM VI ..... 85

**U**

UBRELVY ..... 32
UDENYCA ..... 54
UDENYCA ONBODY ..... 54
ULTOMIRIS ..... 80
UPTRAVI ..... 91
UPTRAVI TITRATION ..... 91
*ursodiol* ..... 69
*ustekinumab* ..... 65
UZEDY ..... 44

**V**

*valacyclovir hcl* ..... 48
VALCHLOR ..... 33
*valganciclovir hcl* ..... 45
*valproic acid* ..... 24, 49
*valsartan* ..... 55
*valsartan-hydrochlorothiazide* ..... 58
VALTOCO 10 MG DOSE ..... 24
VALTOCO 15 MG DOSE ..... 24
VALTOCO 20 MG DOSE ..... 24
VALTOCO 5 MG DOSE ..... 24
*valtya 1/35* ..... 78
VALTYA 1/50 ..... 78
*vancomycin hcl* ..... 19
VANFLYTA ..... 39
VAQTA ..... 85
*varenicline tartrate* ..... 17
*varenicline tartrate (starter)* ..... 17
*varenicline tartrate(continue)* ..... 17
VARIVAX ..... 85
VAXCHORA ..... 85
VELIVET ..... 78
VELPHORO ..... 68
VEMLIDY ..... 45
VENCLEXTA ..... 39
VENCLEXTA STARTING PACK ..... 39
*venlafaxine hcl* ..... 28
*venlafaxine hcl er* ..... 29
VEOZAH ..... 62
*verapamil hcl* ..... 57
*verapamil hcl er* ..... 57
VERQUVO ..... 59
VERSACLOZ ..... 45
VERZENIO ..... 39
*vestura* ..... 78
*vienva* ..... 78
*vigabatrin* ..... 24
*vigadrone* ..... 24
VIGAFYDE ..... 24
VIJOICE ..... 70
*vilazodone hcl* ..... 29
VIMKUNYA ..... 85
*viorele* ..... 75

VIRACEPT ..... 47
VIREAD ..... 47
VITRAKVI ..... 35
VIVOTIF ..... 85
*volnea* ..... 75
VONJO ..... 39
VORANIGO ..... 39
*voriconazole* ..... 31
VOWST ..... 69
VRAYLAR ..... 44
VUMERITY ..... 63
VYEPTI ..... 31
*vyfemla* ..... 78
*vylibra* ..... 78
VYLOY ..... 39
VYNDAMAX ..... 70
VYVGART ..... 33
VYVGART HYTRULO ..... 33

**W**

*warfarin sodium* ..... 53
WELIREG ..... 35
*wera* ..... 78
WINREVAIR ..... 91
*wixela inhub* ..... 92

**X**

XALKORI ..... 39
XARELTO ..... 53
XARELTO STARTER PACK ..... 53
XATMEP ..... 35
XCOPRI ..... 25
XCOPRI (250 MG DAILY DOSE) ..... 25
XCOPRI (350 MG DAILY DOSE) ..... 25
XDEMVY ..... 19
XERMELO ..... 68
XGEVA ..... 86
XHANCE ..... 89
XIFAXAN ..... 19
XIGDUO XR ..... 51
XIIDRA ..... 88
XOFLUZA (40 MG DOSE) ..... 48
XOFLUZA (80 MG DOSE) ..... 48
XOLAIR ..... 92
XOSPATA ..... 39
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
*xulane* ..... 78
XULTOPHY ..... 50
XURIDEN ..... 66
XYOSTED ..... 74
XYREM ..... 93

**Y**

YESINTEK ..... 65
YF-VAX ..... 85
YONSA ..... 33
*yulithira* ..... 39
*yuvafem* ..... 74

**Z**

*zafemy* ..... 78
*zafirlukast* ..... 89
*zaleplon* ..... 92
ZARXIO ..... 54
ZEJULA ..... 40
ZELBORAF ..... 40
ZELSUVMI ..... 65
*zenatane* ..... 65
ZENBEXUS ..... 33
ZENPEP ..... 70
*zidovudine* ..... 47
ZIIHERA ..... 40
*ziprasidone hcl* ..... 44
*ziprasidone mesylate* ..... 44
ZIRABEV ..... 40
ZIRGAN ..... 45
*zoledronic acid* ..... 86
ZOLINZA ..... 35
*zolpidem tartrate* ..... 93
ZONISADE ..... 23
*zonisamide* ..... 23
*zovia 1/35 (28)* ..... 78
ZTALMY ..... 24
ZTLIDO ..... 16
*zumandimine* ..... 78
ZURZUVAE ..... 27
ZYKADIA ..... 40
ZYLET ..... 87
ZYPREXA RELPREVV ..... 44

Este formulario se actualizó el **10/20/2026**. 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.

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.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
Medicare Advantage

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