

Prominence Health

Formulario de Prominence N. °4

PROMINENCE MEDICARE ADVANTAGE

Formulario 2026(Lista de medicamentos cubiertos)

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

POR FAVOR LEA:
En este documento se incluye información relacionada con los medicamentos que tienen cobertura, según este plan. ID de presentación del archivo del formulario aprobado por HPMS: 26438, número de versión: 19

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 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.

Prominence Health

Formulario 2026

Lista de medicamentos cubiertos o "Lista de medicamentos"

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

26438

Este formulario se actualizó el **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	
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		
Antibacterianos (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]
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	2		QL(40 / 28)
LANTUS SOLOSTAR 100 unit/ml sc soln pen-inj	2		QL(30 / 28)
NOVOLIN 70/30 (70-30) 100 unit/ml sc susp	2		QL(40 / 28)
NOVOLIN 70/30 FLEXPEN (70-30) 100 unit/ml sc susp pen-inj	2		QL(30 / 28)
NOVOLIN N 100 unit/ml sc susp	2		QL(40 / 28)
NOVOLIN N FLEXPEN 100 unit/ml sc susp pen-inj	2		QL(30 / 28)
NOVOLIN R 100 unit/ml inj soln	2		QL(40 / 28)

[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	2		QL(30 / 28)
NOVOLOG 100 unit/ml inj soln	2		QL(40 / 28)
NOVOLOG FLEXPEN 100 unit/ml sc soln pen-inj	2		QL(30 / 28)
NOVOLOG MIX 70/30 (70-30) 100 unit/ml sc susp	2		QL(40 / 28)
NOVOLOG MIX 70/30 FLEXPEN (70-30) 100 unit/ml sc susp pen-inj	2		QL(30 / 28)
NOVOLOG PENFILL 100 unit/ml sc soln cart	2		QL(30 / 28)
OMNIPOD 5 DEXG7G6 INTRO GEN 5 kit	3		QL(1 / 365)
OMNIPOD 5 DEXG7G6 PODS GEN 5 misc	3		
OMNIPOD 5 G7 INTRO (GEN 5) kit	3		
OMNIPOD 5 G7 PODS (GEN 5) misc	3		
OMNIPOD 5 LIBRE INTRO kit	3		QL(1 / 365)
OMNIPOD 5 LIBRE PODS misc	3		
OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3) misc	3		
OMNIPOD DASH INTRO (GEN 4) kit	3		QL(1 / 365)
OMNIPOD DASH PDM (GEN 4) kit	3		QL(1 / 365)
OMNIPOD DASH PODS (GEN 4) misc	3		
OMNIPOD GO 10 unit/24hr kit, 15 unit/24hr kit, 20 unit/24hr kit, 25 unit/24hr kit, 30 unit/24hr kit, 35 unit/24hr kit, 40 unit/24hr kit	3		
TOUJEO MAX SOLOSTAR 300 unit/ml sc soln pen-inj	3		QL(18 / 28)
TOUJEO SOLOSTAR 300 unit/ml sc soln pen-inj	3		QL(13.5 / 28)
PRODUCTOS PARA LA SANGRE Y MODIFICADORES			
Agentes para la Hemostasia			
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 5.5 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-28 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-28 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 5.5 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
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.