



Provider Partners Health Plans

Formulario 2026

(Lista de Medicamentos Cubiertos o “Lista de medicamentos”)

**IMPORTANTE: ESTE DOCUMENTO CONTIENE INFORMACIÓN
SOBRE LOS MEDICAMENTOS QUE CUBRIMOS EN ESTE PLAN**

HPMS Approved Formulary File Submission ID 26383

Este formulario se actualizó el 01/02/26. Para obtener información actualizada o si tiene otras preguntas, comuníquese con los Servicios al Cliente de Provider Partners Health Plans al 1-800-405-9681 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), en el horario de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre, o visite www.pphealthplan.com.

Nota para los miembros actuales: Este formulario cambió con respecto al del año pasado. Revise este documento para asegurarse de que aún contenga los medicamentos que usted toma.

Siempre que encuentre las expresiones “nosotros”, “para nosotros”, “nuestro” o “nuestra” en esta Lista de medicamentos (formulario), se refieren a Provider Partners Health Plans. Siempre que encuentre las expresiones “plan” o “nuestro plan,” se refieren a Provider Partners Illinois Advantage Plan, Provider Partners Indiana Advantage, Community and Essential Plan, Provider Partners Kentucky Advantage Plan, Provider Partners Maryland Advantage, Community and Essential, Provider Partners Missouri Advantage, Community and Essential Plan, Provider Partners North Carolina Advantage, Community and Essential Plan, Provider Partners Pennsylvania Advantage, Community and Essential Plan y Provider Partners Texas Advantage Plan.

Este documento incluye una Lista de medicamentos (formulario) para nuestro plan, que está actualizada al 2/1/2026. Para obtener una Lista de medicamentos (formulario) actualizada, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización de la Lista de medicamentos (formulario), aparece en la portada y la contraportada.

Generalmente, debe concurrir a las farmacias de la red para usar el beneficio de medicamentos con receta. Los beneficios, el formulario, la red de farmacias o los copagos/el coseguro pueden cambiar el 1 de enero de 2026 y periódicamente durante el año.

¿Qué es el formulario de Provider Partners Health Plans?

En este documento, utilizamos los términos Lista de medicamentos y formulario para referirnos a lo mismo. Un formulario es una lista de los medicamentos cubiertos que seleccionó Provider Partners Health Plans en consulta con un equipo de proveedores de cuidado de la salud, que representa las terapias con medicamentos recetados que se consideran una parte necesaria de un programa de tratamiento de calidad. Normalmente, Provider Partners Health Plans cubrirá los medicamentos incluidos en el formulario, siempre que el medicamento sea médicamente necesario, el medicamento con receta se obtenga en una farmacia de la red de Provider Partners Health Plans y se cumpla con otras normas del plan. Para obtener más información sobre cómo obtener sus medicamentos con receta, consulte la Evidencia de cobertura.

¿Pueden hacerse cambios al formulario?

La mayoría de los cambios en la cobertura de los medicamentos ocurre el 1 de enero, pero Provider Partners Health Plans podría agregar o quitar medicamentos del formulario durante el año, moverlos a diferentes niveles de costo compartido o agregar nuevas restricciones. Debemos seguir las reglas de Medicare al hacer estos cambios. Las actualizaciones del formulario se publican todos los meses en nuestro sitio web: www.pphealthplan.com/prospective-members/formulary/.

Cambios que pueden afectarle este año: En los casos a continuación, usted se verá afectado por los cambios de cobertura durante el año:

- **Sustituciones inmediatas de ciertas nuevas versiones de medicamentos de marca y productos biológicos originales.** Es posible que quitemos inmediatamente un medicamento de nuestro formulario si decidimos reemplazarlo por una nueva versión determinada de dicho medicamento que aparecerá con las mismas o menos restricciones. Cuando agregamos una nueva versión de un medicamento a nuestro formulario, podemos decidir mantener el medicamento de marca o el producto biológico original en nuestro formulario, pero moverlo o agregar nuevas restricciones inmediatamente.

Podemos realizar estos cambios inmediatos solo si agregamos una nueva versión genérica de un medicamento de marca, o agregamos ciertas nuevas versiones biosimilares de un producto biológico original que ya estaba en el formulario (por ejemplo, agregamos un biosimilar intercambiable que puede sustituir a un producto biológico original en una farmacia sin una nueva receta).

Si usted actualmente está tomando el medicamento de marca o el producto biológico original, es posible que no le comuniquemos un cambio inmediato por adelantado, sino que más adelante le proporcionemos la información sobre los cambios específicos que hayamos hecho.

Si realizamos dicho cambio, usted o el profesional que receta pueden solicitarnos que hagamos una excepción y sigamos cubriendo el medicamento que se cambiará. Para obtener más información, consulte la sección a continuación titulada “¿Cómo puedo solicitar que se haga una excepción al formulario de Provider Partners Health Plans?”.

Es posible que algunos de estos tipos de medicamentos sean nuevos para usted. Para obtener más información, consulte la sección a continuación titulada “¿Qué son los productos biológicos originales y cómo se relacionan con los biosimilares?”.

- **Medicamentos retirados del mercado.** Si el fabricante retira un medicamento de la venta o la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) determina que se lo retire por motivos de seguridad o eficacia, es posible que quitemos inmediatamente el medicamento de nuestro formulario y luego les avisemos a los miembros que lo toman.
- **Otros cambios.** Podremos realizar otros cambios que afecten a los miembros que actualmente toman un medicamento. Por ejemplo, podemos agregar un nuevo medicamento genérico para reemplazar un medicamento de marca que actualmente está en el formulario, agregar un nuevo biosimilar para reemplazar un producto biológico original que actualmente está en el formulario o agregar nuevas restricciones. Podemos quitar un medicamento de marca del formulario al agregar un equivalente genérico o quitar un producto biológico

original al agregar uno biosimilar. También podemos aplicar nuevas restricciones al medicamento de marca o al producto biológico original.

Podríamos hacer cambios debido a nuevas pautas clínicas. Si quitamos medicamentos de nuestro formulario, agregamos requisitos de autorización previa, límites de cantidad o restricciones de terapia escalonada a un medicamento, debemos notificar el cambio a los miembros afectados al menos 30 días antes de que el cambio entre en vigencia. O bien, cuando un miembro solicita un resurtido del medicamento, puede recibir un suministro para 30 días del medicamento y un aviso del cambio.

Si realizamos estos otros cambios, usted o el profesional que receta pueden solicitarnos que hagamos una excepción para usted y sigamos cubriendo el medicamento que ha estado tomando. En el aviso que le proporcionamos también se incluirá información sobre cómo solicitar una excepción, y usted también puede encontrar información en la sección a continuación titulada “¿Cómo puedo solicitar que se haga una excepción al formulario de Provider Partners Health Plans?”.

Cambios que no le afectarán si actualmente toma el medicamento. Por lo general, si usted está tomando un medicamento de nuestro formulario 2026 que estuvo cubierto al principio del año, no interrumpiremos ni reduciremos su cobertura durante el año de cobertura 2026, excepto según lo descrito arriba. Esto significa que, durante el resto del año de cobertura, estos medicamentos seguirán estando disponibles al mismo costo compartido y sin nuevas restricciones para los miembros que los estén tomando. No recibirá un aviso directo este año sobre los cambios que no le afectan. Sin embargo, el 1 de enero del próximo año, tales cambios le afectarán, y es importante que revise el formulario para el nuevo año de beneficios para saber si hay cambios en los medicamentos.

El formulario adjunto entra en vigencia el 2/1/2026. Para recibir información actualizada sobre los medicamentos cubiertos por Provider Partners Health Plans, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto aparece en la portada y la contraportada. Todas las actualizaciones del formulario se enumeran en www.pphealthplan.com, donde también se publica el formulario más reciente

¿Cómo uso el formulario?

Hay dos maneras de buscar su medicamento en el formulario:

Afección médica

El formulario comienza en la página 10. En este formulario, los medicamentos se agrupan en categorías según el tipo de condiciones médicas que traten. Por ejemplo, los medicamentos que tratan una afección cardíaca aparecen debajo de la categoría Cardiovasculares. Si sabe para qué se utiliza su medicamento, busque el nombre de la categoría en la Lista que empieza en la página 10. Luego busque en el nombre de la categoría de su medicamento.

Lista alfabética

Si no está seguro de qué categoría consultar, debe buscar su medicamento en el Índice que comienza en la página 83. En el Índice se presenta una lista alfabética de todos los medicamentos incluidos en este documento. En el Índice, están tanto los medicamentos de marca como los genéricos. Busque en el Índice y encuentre su medicamento. Junto a su medicamento, verá el número de página donde puede encontrar información acerca de la cobertura. Vaya a la página que figura en el Índice y encuentre el nombre de su medicamento en la primera columna de la Lista.

¿Qué son los medicamentos genéricos?

Provider Partners Health Plans cubre tanto los medicamentos de marca como los genéricos. Un medicamento genérico es un medicamento aprobado por la Administración de Medicamentos y Alimentos porque tiene el mismo ingrediente activo que el medicamento de marca. Generalmente, los genéricos son tan eficaces como los de marca y suelen costar menos. Hay medicamentos genéricos sustitutos disponibles para muchos medicamentos de marca. Los medicamentos genéricos generalmente se pueden sustituir por el medicamento de marca en la farmacia sin necesidad de contar con 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, puede significar un medicamento o un producto biológico. Los productos biológicos son medicamentos más complejos que los medicamentos típicos. Como los productos biológicos son más complejos que los medicamentos típicos, en lugar de tener una versión genérica, tienen alternativas que se denominan biosimilares. Generalmente, los biosimilares surten exactamente el mismo efecto que los productos biológicos originales y pueden costar menos. Hay alternativas biosimilares para algunos productos biológicos originales. Algunos biosimilares son intercambiables y, según las leyes estatales, pueden sustituir al producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, al igual que los medicamentos genéricos pueden sustituir a los medicamentos de marca.

Para ver un análisis de los tipos de medicamentos, consulte la Sección 3.1 “La Lista de medicamentos indica qué medicamentos de la Parte D tienen cobertura” del Capítulo 5 de la Evidencia de cobertura.

¿Hay alguna restricción en mi cobertura?

Es posible que algunos medicamentos cubiertos tengan requisitos o límites adicionales en la cobertura. Estos requisitos y límites pueden incluir:

- **Autorización previa:** Provider Partners Health Plans exige que usted (o el profesional que receta) obtengan autorización previa para ciertos medicamentos. Esto significa que tendrá que obtener la aprobación de Provider Partners Health Plans antes de surtir sus recetas. Si no obtiene aprobación, es posible que Provider Partners Health Plans no cubra el medicamento.

- **Límites de cantidad:** En el caso de ciertos medicamentos, Provider Partners Health Plans pone un límite sobre la cantidad del medicamento que el plan cubrirá. Por ejemplo, Provider Partners Health Plans provee <number of units> comprimidos por cada receta de <drug name>. Esto puede agregarse al suministro estándar para uno o tres meses.
- **Terapia escalonada:** En algunos casos, Provider Partners Health Plans exige que usted primero pruebe ciertos medicamentos para tratar su condición médica antes de cubrir otro medicamento para esa condición. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan su afección médica, es posible que Provider Partners Health Plans no cubra el medicamento B a menos que usted pruebe primero el medicamento A. Si el medicamento A no le da resultado, Provider Partners Health Plans cubrirá el medicamento B.

Para averiguar si su medicamento tiene requisitos o límites adicionales, consulte el formulario que empieza en la página 10. También puede visitar nuestro sitio web para obtener más información sobre las restricciones que se aplican a medicamentos cubiertos específicos. Hemos publicado documentos en Internet que explican nuestras restricciones con respecto a la autorización y la terapia escalonada. También puede pedirnos que le enviemos una copia. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización del formulario, aparece en la portada y la contraportada.

Usted puede pedir a Provider Partners Health Plans que haga una excepción a estas restricciones o límites, o puede pedir una lista de otros medicamentos similares que puedan tratar su afección médica. Consulte la sección “¿Cómo puedo solicitar que se haga una excepción al formulario de Provider Partners Health Plans?” en la página 6 para obtener información acerca de cómo solicitar una excepción.

¿Qué puedo hacer si mi medicamento no está en el formulario?

Si el medicamento que toma no está incluido en este formulario (Lista de medicamentos cubiertos), primero debe comunicarse con Servicios al Cliente y preguntar si su medicamento está cubierto.

Si le informan que Provider Partners Health Plans no cubre el medicamento, tiene dos opciones:

- Puede pedir al Departamento de Servicios al Cliente una lista de medicamentos similares que estén cubiertos por Provider Partners Health Plans. Cuando reciba la Lista, muéstresela a su médico y pídale que le recete un medicamento similar que esté cubierto por Provider Partners Health Plans.
- Puede pedir a Provider Partners Health Plans que haga una excepción y cubra su medicamento. Consulte a continuación información sobre cómo solicitar una excepción.

¿Cómo puedo solicitar que se haga una excepción al formulario de Provider Partners Health Plans?

Puede pedir a Provider Partners Health Plans que haga una excepción a las reglas de cobertura. Hay varios tipos de excepciones que puede solicitarnos.

- Puede pedirnos que cubramos un medicamento, aunque no esté en nuestro formulario. Si se aprueba, este medicamento estará cubierto a un nivel de costo compartido predeterminado, y usted no podrá pedirnos que proporcionemos el medicamento a un nivel de costo compartido más bajo.
- Puede pedirnos que anulemos una restricción de cobertura, incluidos la autorización previa, la terapia escalonada o un límite de cantidad que se apliquen a su medicamento. Por ejemplo, sobre ciertos medicamentos, Provider Partners Health Plans puede limitar la cantidad que cubriremos. Si su medicamento tiene un límite de cantidad, puede pedirnos que anulemos el límite y cubramos una cantidad mayor.

Por lo general, Provider Partners Health Plans solo aprobará su pedido de excepción si los medicamentos alternativos incluidos en el formulario del plan o la aplicación de la restricción no fueran tan efectivos para usted o pudieran causarle efectos adversos.

Usted o el profesional que receta deben comunicarse con nosotros para solicitar una excepción al formulario, incluida la excepción a una restricción de cobertura. ***Si solicita una excepción, el profesional que receta deberá explicar las razones médicas por las que usted necesita la excepción.*** Por lo general, debemos tomar una decisión dentro de las 72 horas a partir de la fecha de haber recibido la declaración que respalda su solicitud por parte de la persona autorizada a dar recetas. Puede solicitar una decisión acelerada (rápida) si usted considera, y nosotros aceptamos, que esperar 72 horas para la toma de la decisión podría perjudicar gravemente su salud. Si aceptamos, o si el profesional que receta solicita una decisión rápida, debemos comunicarle una decisión dentro de las 24 horas posteriores a la recepción de la declaración de respaldo del profesional que receta.

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

Como miembro nuevo o que continúa en nuestro plan es posible que esté tomando medicamentos que no están en nuestro formulario. O quizás esté tomando un medicamento que está en nuestro formulario, pero tiene una restricción de cobertura, como autorización previa. Debe hablar con el profesional que receta sobre solicitar una decisión de cobertura para demostrar que cumple con los criterios para la aprobación, cambiar por un medicamento alternativo que cubramos o solicitar una excepción al formulario, de manera que cubramos el medicamento que toma. Mientras evalúa con su médico el procedimiento adecuado para seguir en su caso, podemos cubrir su medicamento, en ciertos casos, durante los primeros 90 días en que usted sea miembro de nuestro plan.

Para cada uno de sus medicamentos que no estén en nuestro formulario o tenga una restricción de cobertura, cubriremos un suministro temporal para 30 días. Si su receta está indicada para menos días, permitiremos que realice resurtidos del medicamento para 30 días como máximo. Si no se aprueba la cobertura, después de su primer suministro para 30 días, no pagaremos estos medicamentos, aunque usted haya sido miembro del plan durante menos de 90 días.

Si es residente de un centro de atención a largo plazo y necesita un medicamento que no está en el formulario o si su capacidad para conseguir los medicamentos es limitada, pero ya pasaron los primeros

90 días de membresía en nuestro plan, cubriremos un suministro de emergencia del medicamento para 31 días mientras solicita la excepción al formulario.

En el caso de los miembros que están fuera del período de transición y que experimentan un cambio en el nivel de atención cuando cambian de un entorno de tratamiento a otro (ejemplo: de un centro de cuidado a largo plazo a un hospital, de un hospital a un centro de cuidado a largo plazo, de un hospital al domicilio, del domicilio a un centro de cuidado a largo plazo, de un centro de cuidados paliativos a un centro de cuidado a largo plazo, de un centro de cuidados paliativos al domicilio).

Autorizaremos el resurtido temprano de un suministro para 30 días de medicación en el comercio minorista y un suministro de hasta 31 días en el centro de cuidado a largo plazo, además de un resurtido de transición y emergencia de medicamentos que no están incluidos en el formulario (inclusive aquellos medicamentos que están en el formulario pero que requieren autorización previa, terapia escalonada; o bien que están sujetos a restricciones en cuanto al límite de cantidad).

Para obtener más información

Si desea obtener información más detallada sobre la cobertura de medicamentos recetados de Provider Partners Health Plans, consulte el documento Prueba de Cobertura y otros documentos del plan.

Si tiene preguntas sobre Provider Partners Health Plans, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización del formulario, aparece en la portada y la contraportada.

Si tiene preguntas generales sobre su cobertura para 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 <https://es.medicare.gov/>.

Formulario de Provider Partners Health Plans

El formulario que comienza en la página siguiente brinda información sobre la cobertura de medicamentos que ofrece Provider Partners Health Plans. Si tiene dificultad para encontrar su medicamento en la lista, vaya al “Índice” que comienza en la página 83.

La primera columna del cuadro detalla el nombre del medicamento. Los medicamentos de marca están en mayúscula (p. ej., <PURIXAN>) y los medicamentos genéricos están en minúscula y cursiva (p. ej., <meloxicam>).

La información de la columna “Requisitos o límites” le dirán si Provider Partners Health Plans tiene algún requisito especial para la cobertura de su medicamento.

Índice de medicamentos

Lista de abreviaturas

B/D: Este medicamento con receta puede estar cubierto por la Parte B o D de Medicare, según las circunstancias. Es posible que sea necesario presentar información en la que se describa el uso y el contexto del medicamento para determinar la cobertura.

NDS: Non-extended Day Supply Drug (medicamento sin suministro extendido de días). Este medicamento con receta no está disponible para un suministro extendido de días.

PA: Prior Authorization (preautorización). El plan exige que usted o su médico obtengan preautorización para determinados medicamentos. Esto significa que tendrá que obtener la aprobación antes de surtir sus medicamentos con receta. Si no obtiene la aprobación, es posible que no cubramos el medicamento.

PA NSO: Prior Authorization for New Starts Only (preautorización solo para nuevos miembros). La restricción de preautorización solo se aplica si es un miembro nuevo o si no ha tomado este medicamento anteriormente.

QL: Quantity Limit (límite de cantidad). Para determinados medicamentos, el plan limita la cantidad a cubrir.

ST: Step Therapy (terapia escalonada). En algunos casos, el plan exige que usted primero pruebe determinados medicamentos para tratar su enfermedad antes de cubrir otro medicamento para tratarla. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan su enfermedad, es posible que no cubramos el medicamento B a menos que pruebe primero el medicamento A. Si el medicamento A no le da resultado, entonces cubriremos el medicamento B.

ST NSO: Step Therapy for New Starts Only (terapia escalonada solo para nuevos miembros). La restricción de terapia escalonada solo se aplica si es un miembro nuevo o si no ha tomado este medicamento anteriormente.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
Agentes antidemencia		
Agentes antidemencia, otros		
<i>ergoloid mesylates tablet 1mg</i>	1	
<i>memantine/donepezil hydrochloride er capsule extended release 24 hour 10mg; 14mg, 10mg; 21mg, 10mg; 28mg</i>	1	QL(30 EA por 30 días)
Antagonista receptor de ácido N-metil-D-aspartico (NMDA)		
<i>memantine hcl titration pak tablet 0</i>	1	
<i>memantine hydrochloride tablet 10mg, 5mg</i>	1	
Inhibidores de la colinesterasa		
<i>donepezil hcl tablet disintegrating 10mg, 5mg</i>	1	
<i>donepezil hcl tablet 10mg</i>	1	
<i>donepezil hydrochloride tablet 10mg, 5mg</i>	1	
<i>galantamine hydrobromide er capsule extended release 24 hour 16mg, 24mg, 8mg</i>	1	
<i>galantamine hydrobromide solution 4mg/ml</i>	1	
<i>galantamine hydrobromide tablet 12mg, 4mg, 8mg</i>	1	
<i>rivastigmine tartrate capsule 1.5mg, 3mg, 4.5mg, 6mg</i>	1	
<i>rivastigmine transdermal system patch 24 hour 13.3mg/24hr, 4.6mg/24hr, 9.5mg/24hr</i>	1	
Agentes antiespásticos		
Agentes antiespásticos		
<i>baclofen tablet 10mg, 20mg, 5mg</i>	1	
<i>dantrolene sodium capsule 100mg, 25mg</i>	1	
<i>tizanidine hcl tablet 2mg</i>	1	
<i>tizanidine hydrochloride tablet 4mg</i>	1	
Agentes antiataquecosos		
Agonista de receptores de serotonina (5-HT)		
<i>rizatriptan benzoate odt tablet disintegrating 10mg, 5mg</i>	1	QL(18 EA por 30 días)
<i>rizatriptan benzoate tablet 10mg, 5mg</i>	1	QL(18 EA por 30 días)
<i>sumatriptan succinate injection 6mg/0.5ml</i>	1	QL(5 ML por 30 días)
<i>sumatriptan succinate tablet 100mg, 25mg, 50mg</i>	1	QL(9 EA por 30 días)
<i>sumatriptan solution 20mg/act, 5mg/act</i>	1	QL(12 EA por 30 días)
<i>zolmitriptan tablet 2.5mg, 5mg</i>	1	QL(12 EA por 30 días)
Alcaloides del cornezuelo		
<i>dihydroergotamine mesylate solution 4mg/ml</i>	1	QL(8 ML por 30 días); PA
<i>ergotamine tartrate/cafeine tablet 100mg; 1mg</i>	1	QL(24 EA por 28 días)
Antagonistas de los receptores del péptido relacionado con el gen de la calcitonina (calcitonin gene)		
<i>AIMOVIG INJECTION 140MG/ML</i>	1	QL(1 ML por 28 días); PA
<i>AIMOVIG INJECTION 70MG/ML</i>	1	QL(2 ML por 28 días); PA
<i>EMGALITY INJECTION 120MG/ML</i>	1	QL(2 ML por 28 días); PA
<i>EMGALITY INJECTION 100MG/ML</i>	1	QL(3 ML por 28 días); PA

ID de formulario: 26383, Fecha efectiva: 02/01/2026

Ultima actualización: 01/02/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
QULIPTA TABLET 10MG, 30MG, 60MG	1	QL(30 EA por 30 días); PA
UBRELVY TABLET 100MG, 50MG	1	QL(16 EA por 30 días); PA
Profiláctico		
<i>timolol maleate tablet 10mg, 20mg, 5mg</i>	1	
Agentes antimiasténicos		
Parasimpaticomiméticos		
<i>pyridostigmine bromide tablet 60mg</i>	1	
VYVGART HYTRULO INJECTION 180MG/ML; 2000UNIT/ML	1	PA
Agentes antiparkinsonianos		
Agentes antiparkinsonianos, otros		
<i>entacapone tablet 200mg</i>	1	
Agonistas de la dopamina		
<i>bromocriptine mesylate capsule 5mg</i>	1	
<i>bromocriptine mesylate tablet 2.5mg</i>	1	
<i>pramipexole dihydrochloride tablet 0.125mg, 0.25mg, 0.5mg, 0.75mg, 1.5mg, 1mg</i>	1	
<i>ropinirole hcl tablet 0.5mg, 1mg, 2mg, 4mg, 5mg</i>	1	
<i>ropinirole hydrochloride tablet 0.25mg, 3mg</i>	1	
Anticolinérgicos		
<i>benztropine mesylate tablet 0.5mg, 1mg, 2mg</i>	1	
<i>trihexyphenidyl hydrochloride tablet 2mg, 5mg</i>	1	
Inhibidores de la monoaminoxidasa B (MAO-B)		
<i>rasagiline mesylate tablet 0.5mg, 1mg</i>	1	
<i>selegiline hcl capsule 5mg</i>	1	
<i>selegiline hcl tablet 5mg</i>	1	
Inhibidores de precursores de dopamina o decarboxilasa de L-aminoácidos		
<i>carbidopa/levodopa er tablet extended release 25mg; 100mg, 50mg; 200mg</i>	1	
<i>carbidopa/levodopa odt tablet disintegrating 10mg; 100mg, 25mg; 100mg, 25mg; 250mg</i>	1	
<i>carbidopa/levodopa tablet 10mg; 100mg, 25mg; 100mg, 25mg; 250mg</i>	1	
<i>carbidopa tablet 25mg</i>	1	
INBRIJA CAPSULE 42MG	1	PA
RYTARY CAPSULE EXTENDED RELEASE 23.75MG; 95MG, 36.25MG; 145MG, 48.75MG; 195MG, 61.25MG; 245MG	1	ST
Agentes cardiovasculares		

ID de formulario: 26383, Fecha efectiva: 02/01/2026

Ultima actualización: 01/02/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
Agentes bloqueantes adrenérgicos alfa		
prazosin hydrochloride capsule 1mg, 2mg, 5mg	1	
Agentes bloqueantes adrenérgicos beta		
acebutolol hydrochloride capsule 200mg, 400mg	1	
atenolol tablet 100mg, 25mg, 50mg	1	
betaxolol hcl tablet 10mg, 20mg	1	
bisoprolol fumarate tablet 10mg, 5mg	1	
carvedilol tablet 12.5mg, 25mg, 3.125mg, 6.25mg	1	
labetalol hydrochloride tablet 100mg, 200mg, 300mg	1	
metoprolol succinate er tablet extended release 24 hour 100mg, 200mg, 25mg, 50mg	1	
metoprolol tartrate tablet 100mg, 25mg, 37.5mg, 50mg, 75mg	1	
nadolol tablet 20mg, 40mg, 80mg	1	
nebivolol hydrochloride tablet 10mg, 2.5mg, 20mg, 5mg	1	
pindolol tablet 10mg, 5mg	1	
propranolol hcl tablet 40mg	1	
propranolol hydrochloride er capsule extended release 24 hour 120mg, 160mg, 60mg, 80mg	1	
propranolol hydrochloride tablet 10mg, 20mg, 60mg, 80mg	1	
Agentes bloqueantes del canal de calcio, dihidropiridinas		
amlodipine besylate tablet 10mg, 2.5mg, 5mg	1	
felodipine er tablet extended release 24 hour 10mg, 2.5mg, 5mg	1	
nifedipine er tablet extended release 24 hour 30mg, 60mg, 90mg	1	
nimodipine capsule 30mg	1	
Agentes bloqueantes del canal de calcio, no dihidropiridinas		
cartia xt capsule extended release 24 hour 120mg, 180mg, 240mg, 300mg	1	
dilt-xr capsule extended release 24 hour 120mg, 180mg, 240mg	1	
diltiazem hcl cd capsule extended release 24 hour 360mg	1	
diltiazem hcl er capsule extended release 24 hour 120mg, 180mg, 240mg, 420mg	1	
diltiazem hcl er tablet extended release 24 hour 240mg, 300mg, 360mg	1	
diltiazem hcl tablet 30mg, 60mg	1	
diltiazem hydrochloride er capsule extended release 24 hour 120mg, 180mg, 240mg, 300mg, 360mg	1	
diltiazem hydrochloride er tablet extended release 24 hour 240mg, 300mg, 360mg	1	
diltiazem hydrochloride tablet 120mg, 90mg	1	

ID de formulario: 26383, Fecha efectiva: 02/01/2026

Ultima actualización: 01/02/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>taztia xt capsule extended release 24 hour 120mg, 180mg, 240mg, 300mg, 360mg</i>	1	
<i>tiadylt er capsule extended release 24 hour 120mg, 180mg, 240mg, 300mg, 360mg, 420mg</i>	1	
<i>verapamil hcl er capsule extended release 24 hour 120mg, 180mg, 240mg</i>	1	
<i>verapamil hcl er tablet extended release 120mg</i>	1	
<i>verapamil hcl sr capsule extended release 24 hour 120mg, 180mg, 240mg, 360mg</i>	1	
<i>verapamil hcl tablet 40mg, 80mg</i>	1	
<i>verapamil hydrochloride er tablet extended release 180mg, 240mg</i>	1	
<i>verapamil hydrochloride sr capsule extended release 24 hour 360mg</i>	1	
<i>verapamil hydrochloride tablet 120mg</i>	1	
Agentes cardiovasculares, otros		
<i>aliskiren tablet 150mg, 300mg</i>	1	
<i>amiloride/hydrochlorothiazide tablet 5mg; 50mg</i>	1	
<i>amlodipine besylate/benazepril hydrochloride capsule 10mg; 20mg, 10mg; 40mg, 2.5mg; 10mg, 5mg; 10mg, 5mg; 20mg, 5mg; 40mg</i>	1	
<i>amlodipine besylate/valsartan tablet 10mg; 160mg, 10mg; 320mg, 5mg; 160mg, 5mg; 320mg</i>	1	
<i>atenolol/chlorthalidone tablet 100mg; 25mg, 50mg; 25mg</i>	1	
<i>benazepril hydrochloride/hydrochlorothiazide tablet 10mg; 12.5mg, 20mg; 12.5mg, 20mg; 25mg, 5mg; 6.25mg</i>	1	
<i>bisoprolol fumarate/hydrochlorothiazide tablet 10mg; 6.25mg, 2.5mg; 6.25mg, 5mg; 6.25mg</i>	1	
<i>candesartan cilexetil/hydrochlorothiazide tablet 16mg; 12.5mg, 32mg; 12.5mg, 32mg; 25mg</i>	1	
<i>captopril/hydrochlorothiazide tablet 25mg; 15mg, 25mg; 25mg, 50mg; 15mg, 50mg; 25mg</i>	1	
<i>enalapril maleate/hydrochlorothiazide tablet 10mg; 25mg, 5mg; 12.5mg</i>	1	
ENTRESTO CAPSULE SPRINKLE 15MG; 16MG, 6MG; 6MG	1	QL(240 EA por 30 días)
<i>fosinopril sodium/hydrochlorothiazide tablet 10mg; 12.5mg, 20mg; 12.5mg</i>	1	
<i>irbesartan/hydrochlorothiazide tablet 12.5mg; 150mg, 12.5mg; 300mg</i>	1	
<i>ivabradine hydrochloride tablet 5mg, 7.5mg</i>	1	QL(60 EA por 30 días)

ID de formulario: 26383, Fecha efectiva: 02/01/2026

Ultima actualización: 01/02/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
lisinopril/hydrochlorothiazide tablet 12.5mg; 10mg, 12.5mg; 20mg, 25mg; 20mg	1	
losartan potassium/hydrochlorothiazide tablet 12.5mg; 100mg, 12.5mg; 50mg, 25mg; 100mg	1	
metirosine capsule 250mg	1	PA
olmesartan medoxomil/hydrochlorothiazide tablet 12.5mg; 20mg, 12.5mg; 40mg, 25mg; 40mg	1	
pentoxifylline er tablet extended release 400mg	1	
quinapril/hydrochlorothiazide tablet 12.5mg; 10mg, 12.5mg; 20mg, 25mg; 20mg	1	
ranolazine er tablet extended release 12 hour 1000mg, 500mg	1	
sacubitril/valsartan tablet 24mg; 26mg, 49mg; 51mg, 97mg; 103mg	1	QL(60 EA por 30 días)
spironolactone/hydrochlorothiazide tablet 25mg; 25mg	1	
telmisartan/hydrochlorothiazide tablet 12.5mg; 40mg, 12.5mg; 80mg, 25mg; 80mg	1	
triamterene/hydrochlorothiazide capsule 25mg; 37.5mg	1	
triamterene/hydrochlorothiazide tablet 25mg; 37.5mg, 50mg; 75mg	1	
valsartan/hydrochlorothiazide tablet 12.5mg; 160mg, 12.5mg; 320mg, 12.5mg; 80mg, 25mg; 160mg, 25mg; 320mg	1	
VYNDAMAX CAPSULE 61MG	1	QL(30 EA por 30 días); PA
Agonistas adrenérgicos alfa		
clonidine hydrochloride tablet 0.1mg, 0.2mg, 0.3mg	1	
droxidopa capsule 100mg, 200mg, 300mg	1	PA
methyldopa tablet 250mg, 500mg	1	
midodrine hydrochloride tablet 10mg, 2.5mg, 5mg	1	
Antagonistas de los receptores de la angiotensina II		
candesartan cilexetil tablet 16mg, 32mg, 4mg, 8mg	1	
irbesartan tablet 150mg, 300mg, 75mg	1	
losartan potassium tablet 100mg, 25mg, 50mg	1	
olmesartan medoxomil tablet 20mg, 40mg, 5mg	1	
telmisartan tablet 20mg, 40mg, 80mg	1	
valsartan tablet 160mg, 320mg, 40mg, 80mg	1	
Antagonistas de los receptores de mineralocorticoides		
eplerenone tablet 25mg, 50mg	1	
KERENDIA TABLET 10MG, 20MG, 40MG	1	QL(30 EA por 30 días); PA
spironolactone tablet 100mg, 25mg, 50mg	1	
Antiarrítmicos		
amiodarone hydrochloride tablet 100mg, 200mg	1	

ID de formulario: 26383, Fecha efectiva: 02/01/2026

Ultima actualización: 01/02/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>digoxin solution 0.05mg/ml</i>	1	
<i>digoxin tablet 125mcg, 250mcg</i>	1	
<i>dofetilide capsule 125mcg, 250mcg, 500mcg</i>	1	
<i>flecainide acetate tablet 100mg, 150mg, 50mg</i>	1	
<i>mexiletine hydrochloride capsule 150mg, 200mg, 250mg</i>	1	
PACERONE TABLET 100MG, 200MG	1	
<i>propafenone hcl tablet 150mg, 225mg, 300mg</i>	1	
<i>propafenone hydrochloride tablet 150mg, 225mg, 300mg</i>	1	
<i>quinidine sulfate tablet 200mg, 300mg</i>	1	
<i>sotalol hcl tablet 120mg, 160mg, 240mg</i>	1	
<i>sotalol hydrochloride (af) tablet 120mg, 160mg, 80mg</i>	1	
<i>sotalol hydrochloride tablet 120mg, 80mg</i>	1	
Dislipidémicos, derivados del ácido fólico		
<i>fenofibrate micronized capsule 134mg, 200mg, 67mg</i>	1	
<i>fenofibrate capsule 200mg, 67mg</i>	1	
<i>fenofibrate tablet 145mg, 160mg, 48mg, 54mg</i>	1	
<i>fenofibric acid dr capsule delayed release 135mg, 45mg</i>	1	
<i>gemfibrozil tablet 600mg</i>	1	
Dislipidémicos, inhibidores de la HMG CoA reductasa		
<i>atorvastatin calcium tablet 10mg, 20mg, 40mg, 80mg</i>	1	
<i>fluvastatin sodium er tablet extended release 24 hour 80mg</i>	1	
<i>fluvastatin capsule 20mg, 40mg</i>	1	
<i>lovastatin tablet 10mg, 20mg, 40mg</i>	1	
<i>pitavastatin calcium tablet 1mg, 2mg, 4mg</i>	1	
<i>pravastatin sodium tablet 10mg, 20mg, 40mg, 80mg</i>	1	
<i>rosuvastatin calcium tablet 10mg, 20mg, 40mg, 5mg</i>	1	
<i>simvastatin tablet 10mg, 20mg, 40mg, 5mg, 80mg</i>	1	
Dislipidémicos, otros		
<i>cholestyramine light packet 4gm</i>	1	
<i>cholestyramine light powder 4gm/dose</i>	1	
<i>cholestyramine packet 4gm</i>	1	
<i>cholestyramine powder 4gm/dose</i>	1	
<i>colestipol hydrochloride granules 5gm</i>	1	
<i>colestipol hydrochloride tablet 1gm</i>	1	
<i>ezetimibe/simvastatin tablet 10mg; 10mg, 10mg; 20mg, 10mg; 40mg, 10mg; 80mg</i>	1	
<i>ezetimibe tablet 10mg</i>	1	
<i>icosapent ethyl capsule 0.5gm, 1gm</i>	1	
NEXLETOL TABLET 180MG	1	QL(30 EA por 30 días); PA
NEXLIZET TABLET 180MG; 10MG	1	QL(30 EA por 30 días); PA

ID de formulario: 26383, Fecha efectiva: 02/01/2026

Ultima actualización: 01/02/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>niacin er tablet extended release 1000mg, 500mg, 750mg</i>	1	
<i>omega-3-acid ethyl esters capsule 375mg; 465mg; 1gm</i>	1	
PRALUENT INJECTION 150MG/ML, 75MG/ML	1	QL(2 ML por 28 días); PA
<i>prevalite packet 4gm</i>	1	
<i>prevalite powder 4gm/dose</i>	1	
REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM INJECTION 420MG/3.5ML	1	QL(7 ML por 28 días); PA
REPATHA SURECLICK INJECTION 140MG/ML	1	QL(3 ML por 28 días); PA
REPATHA INJECTION 140MG/ML	1	QL(3 ML por 28 días); PA
TRYNGOLZA INJECTION 80MG/0.8ML	1	QL(0.8 ML por 28 días); PA
Diuréticos, ahorrador de potasio		
<i>amiloride hcl tablet 5mg</i>	1	
<i>triamterene capsule 100mg, 50mg</i>	1	
Diuréticos, evacuación		
<i>bumetanide injection 0.25mg/ml</i>	1	
<i>bumetanide tablet 0.5mg, 1mg, 2mg</i>	1	
<i>furosemide injection 10mg/ml</i>	1	
<i>furosemide oral solution 10mg/ml, 40mg/5ml</i>	1	
<i>furosemide tablet 20mg, 40mg, 80mg</i>	1	
<i>torsemide tablet 100mg, 10mg, 20mg, 5mg</i>	1	
Diuréticos, tiazida		
<i>chlorthalidone tablet 25mg, 50mg</i>	1	
<i>hydrochlorothiazide capsule 12.5mg</i>	1	
<i>hydrochlorothiazide tablet 12.5mg, 25mg, 50mg</i>	1	
<i>indapamide tablet 1.25mg, 2.5mg</i>	1	
<i>metolazone tablet 10mg, 2.5mg, 5mg</i>	1	
Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (ACE)		
<i>benazepril hydrochloride tablet 10mg, 20mg, 40mg, 5mg</i>	1	
<i>captopril tablet 100mg, 12.5mg, 25mg, 50mg</i>	1	
<i>enalapril maleate tablet 10mg, 2.5mg, 20mg, 5mg</i>	1	
<i>fosinopril sodium tablet 10mg, 20mg, 40mg</i>	1	
<i>lisinopril tablet 10mg, 2.5mg, 20mg, 30mg, 40mg, 5mg</i>	1	
<i>moexipril hydrochloride tablet 15mg, 7.5mg</i>	1	
<i>perindopril erbumine tablet 2mg, 4mg, 8mg</i>	1	
<i>quinapril hydrochloride tablet 10mg, 20mg, 40mg, 5mg</i>	1	
<i>ramipril capsule 1.25mg, 10mg, 2.5mg, 5mg</i>	1	
<i>trandolapril tablet 1mg, 2mg, 4mg</i>	1	
Inhibidores del cotransportador 2 de sodio-glucosa (sodium-glucose co-transporter 2 inhibitors, SGLT)		
<i>dapagliflozin propanediol tablet 10mg, 5mg</i>	1	QL(30 EA por 30 días)
FARXIGA TABLET 10MG, 5MG	1	QL(30 EA por 30 días)

ID de formulario: 26383, Fecha efectiva: 02/01/2026

Ultima actualización: 01/02/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
JARDIANCE TABLET 10MG, 25MG	1	QL(30 EA por 30 días)
Vasodilatadores, acción directa a nivel arterial/venoso		
isosorbide dinitrate tablet 10mg, 20mg, 30mg, 5mg	1	
isosorbide mononitrate er tablet extended release 24 hour 120mg, 30mg, 60mg	1	
isosorbide mononitrate tablet 10mg, 20mg	1	
nitroglycerin transdermal patch 24 hour 0.1mg/hr, 0.2mg/hr, 0.4mg/hr, 0.6mg/hr	1	
nitroglycerin tablet sublingual 0.3mg, 0.4mg, 0.6mg	1	
VERQUVO TABLET 10MG, 2.5MG, 5MG	1	QL(30 EA por 30 días); PA
Vasodilatadores, acción directa a nivel arterial		
hydralazine hydrochloride tablet 100mg, 10mg, 25mg, 50mg	1	
minoxidil tablet 10mg, 2.5mg	1	
Agentes de antigout		
Agentes de antigout		
allopurinol tablet 100mg, 300mg	1	
colchicine tablet 0.6mg	1	
probenecid/colchicine tablet 0.5mg; 500mg	1	
probenecid tablet 500mg	1	
Agentes de la enfermedad inflamatoria intestinal		
Aminosalicilatos		
balsalazide disodium capsule 750mg	1	
mesalamine er capsule extended release 500mg	1	
mesalamine enema 4gm	1	
mesalamine kit 4gm	1	
mesalamine suppository 1000mg	1	
SFROWASA ENEMA 4GM/60ML	1	
sulfasalazine tablet delayed release 500mg	1	
sulfasalazine tablet 500mg	1	
Glucocorticoides		
budesonide er tablet extended release 24 hour 9mg	1	
budesonide capsule delayed release particles 3mg	1	
hydrocortisone cream 2.5%	1	
hydrocortisone enema 100mg/60ml	1	
procto-med hc cream 2.5%	1	
proctosol hc cream 2.5%	1	
proctozone-hc cream 2.5%	1	
Agentes de las enfermedades óseas metabólicas		
Agentes de las enfermedades óseas metabólicas		
alendronate sodium tablet 10mg, 35mg, 5mg	1	
alendronate sodium tablet 70mg	1	QL(4 EA por 28 días)

ID de formulario: 26383, Fecha efectiva: 02/01/2026

Ultima actualización: 01/02/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
BONSITY INJECTION 560MCG/2.24ML	1	PA
<i>calcitonin-salmon solution 200unit/act</i>	1	QL(3.7 ML por 30 días)
<i>calcitriol capsule 0.25mcg, 0.5mcg</i>	1	
<i>cinacalcet hydrochloride tablet 30mg, 60mg, 90mg</i>	1	
FORTEO INJECTION 560MCG/2.24ML	1	PA
<i>ibandronate sodium tablet 150mg</i>	1	QL(1 EA por 28 días)
JUBBONTI INJECTION 60MG/ML	1	QL(2 ML por 365 días)
<i>paricalcitol capsule 1mcg, 2mcg, 4mcg</i>	1	
RAYALDEE CAPSULE EXTENDED RELEASE 30MCG	1	
<i>risedronate sodium tablet 35mg</i>	1	QL(4 EA por 28 días)
<i>teriparatide injection 560mcg/2.24ml</i>	1	PA
TYMLOS INJECTION 3120MCG/1.56ML	1	PA
WYOST INJECTION 120MG/1.7ML	1	PA
Agentes del sistema nervioso central		
Agentes de esclerosis múltiple		
AVONEX PEN INJECTION 30MCG/0.5ML	1	QL(4 EA por 28 días); PA
AVONEX INJECTION 30MCG/0.5ML	1	QL(4 EA por 28 días); PA
BETASERON INJECTION 0.3MG	1	QL(15 EA por 30 días); PA
<i>dalfampridine er tablet extended release 12 hour 10mg</i>	1	QL(60 EA por 30 días); PA
<i>dimethyl fumarate starterpack capsule delayed release therapy pack 0</i>	1	QL(120 EA por 365 días); PA
<i>dimethyl fumarate capsule delayed release 120mg, 240mg</i>	1	QL(60 EA por 30 días); PA
<i>fingolimod hydrochloride capsule 0.5mg</i>	1	QL(30 EA por 30 días); PA
<i>glatiramer acetate injection 40mg/ml</i>	1	QL(12 ML por 28 días); PA
<i>glatiramer acetate injection 20mg/ml</i>	1	QL(30 ML por 30 días); PA
KESIMPTA INJECTION 20MG/0.4ML	1	QL(0.4 ML por 28 días); PA
MAYZENT STARTER PACK TABLET THERAPY PACK 0.25MG	1	QL(14 EA por 365 días); PA; (7 tablet Starter Pack)
MAYZENT STARTER PACK TABLET THERAPY PACK 0.25MG	1	QL(24 EA por 365 días); PA; (12 tablet Starter Pack)
MAYZENT TABLET 0.25MG	1	QL(120 EA por 30 días); PA
MAYZENT TABLET 1MG, 2MG	1	QL(30 EA por 30 días); PA

ID de formulario: 26383, Fecha efectiva: 02/01/2026

Ultima actualización: 01/02/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
REBIF REBIDOSE TITRATION PACK INJECTION 0	1	QL(8.4 ML por 365 días); PA
REBIF REBIDOSE INJECTION 22MCG/0.5ML, 44MCG/0.5ML	1	QL(6 ML por 28 días); PA
REBIF TITRATION PACK INJECTION 0	1	QL(8.4 ML por 365 días); PA
REBIF INJECTION 22MCG/0.5ML, 44MCG/0.5ML	1	QL(6 ML por 28 días); PA
VUMERITY CAPSULE DELAYED RELEASE 231MG	1	QL(120 EA por 30 días); PA
Agentes de fibromialgia		
SAVELLA TITRATION PACK MISCELLANEOUS 0	1	QL(110 EA por 365 días)
SAVELLA TABLET 100MG, 12.5MG, 25MG, 50MG	1	QL(60 EA por 30 días)
Agentes para el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, anfetaminas		
<i>amphetamine/dextroamphetamine capsule extended release 24 hour 2.5mg; 2.5mg; 2.5mg; 2.5mg</i>	1	QL(60 EA por 30 días); Extended-release capsule 10mg
<i>amphetamine/dextroamphetamine capsule extended release 24 hour 3.75mg; 3.75mg; 3.75mg; 3.75mg</i>	1	QL(60 EA por 30 días); Extended-release capsule 15mg
<i>amphetamine/dextroamphetamine capsule extended release 24 hour 5mg; 5mg; 5mg; 5mg</i>	1	QL(60 EA por 30 días); Extended-release capsule 20mg
<i>amphetamine/dextroamphetamine capsule extended release 24 hour 6.25mg; 6.25mg; 6.25mg; 6.25mg</i>	1	QL(60 EA por 30 días); Extended-release capsule 25mg
<i>amphetamine/dextroamphetamine capsule extended release 24 hour 7.5mg; 7.5mg; 7.5mg; 7.5mg</i>	1	QL(60 EA por 30 días); Extended-release capsule 30mg
<i>amphetamine/dextroamphetamine capsule extended release 24 hour 1.25mg; 1.25mg; 1.25mg; 1.25mg</i>	1	QL(60 EA por 30 días); Extended-release capsule 5mg
<i>amphetamine/dextroamphetamine tablet 2.5mg; 2.5mg; 2.5mg; 2.5mg</i>	1	QL(90 EA por 30 días); Extended-release tablet 10mg
<i>amphetamine/dextroamphetamine tablet 3.125mg; 3.125mg; 3.125mg; 3.125mg</i>	1	QL(90 EA por 30 días); Extended-release tablet 12.5mg
<i>amphetamine/dextroamphetamine tablet 3.75mg; 3.75mg; 3.75mg; 3.75mg</i>	1	QL(90 EA por 30 días); Extended-release tablet 15mg

ID de formulario: 26383, Fecha efectiva: 02/01/2026

Ultima actualización: 01/02/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>amphetamine/dextroamphetamine tablet 5mg; 5mg; 5mg; 5mg</i>	1	QL(90 EA por 30 días); Extended-release tablet 20mg
<i>amphetamine/dextroamphetamine tablet 7.5mg; 7.5mg; 7.5mg; 7.5mg</i>	1	QL(90 EA por 30 días); Extended-release tablet 30mg
<i>amphetamine/dextroamphetamine tablet 1.25mg; 1.25mg; 1.25mg; 1.25mg</i>	1	QL(90 EA por 30 días); Extended-release tablet 5mg
<i>amphetamine/dextroamphetamine tablet 1.875mg; 1.875mg; 1.875mg; 1.875mg</i>	1	QL(90 EA por 30 días); Extended-release tablet 7.5mg
<i>dextroamphetamine sulfate tablet 10mg</i>	1	QL(180 EA por 30 días)
<i>dextroamphetamine sulfate tablet 5mg</i>	1	QL(90 EA por 30 días)
Agentes para el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, no anfetaminas		
<i>atomoxetine hydrochloride capsule 25mg</i>	1	QL(30 EA por 30 días)
<i>atomoxetine hydrochloride capsule 10mg</i>	1	QL(60 EA por 30 días)
<i>atomoxetine capsule 100mg, 18mg, 25mg, 40mg, 60mg, 80mg</i>	1	QL(30 EA por 30 días)
<i>atomoxetine capsule 10mg</i>	1	QL(60 EA por 30 días)
<i>dexmethylphenidate hcl tablet 10mg, 5mg</i>	1	QL(60 EA por 30 días)
<i>dexmethylphenidate hydrochloride tablet 2.5mg</i>	1	QL(60 EA por 30 días)
<i>guanfacine hydrochloride er tablet extended release 24 hour 1mg, 2mg, 3mg, 4mg</i>	1	
<i>methylphenidate hydrochloride solution 5mg/5ml</i>	1	
<i>methylphenidate hydrochloride tablet 10mg, 20mg, 5mg</i>	1	QL(90 EA por 30 días)
Sistema nervioso central, otros		
AUSTEDO XR PATIENT TITRATION KIT TABLET EXTENDED RELEASE THERAPY PACK 0	1	QL(56 EA por 365 días); PA; (12mg & 18mg & 24mg & 30mg Pack)
AUSTEDO XR PATIENT TITRATION KIT TABLET EXTENDED RELEASE THERAPY PACK 0	1	QL(84 EA por 365 días); PA; (6mg & 12mg & 24mg Pack)
AUSTEDO XR TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 12MG, 18MG, 24MG, 30MG, 36MG, 42MG, 48MG, 6MG	1	QL(30 EA por 30 días); PA
AUSTEDO TABLET 12MG, 6MG, 9MG	1	QL(120 EA por 30 días); PA
<i>butalbital/acetaminophen/caffeine tablet 325mg; 50mg; 40mg</i>	1	
COBENFY STARTER PACK CAPSULE THERAPY PACK 20MG; 0	1	QL(112 EA por 365 días); PA NSO
COBENFY CAPSULE 20MG; 100MG, 20MG; 50MG, 30MG; 125MG	1	QL(60 EA por 30 días); PA NSO

ID de formulario: 26383, Fecha efectiva: 02/01/2026

Ultima actualización: 01/02/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
INGREZZA CAPSULE SPRINKLE 60MG, 80MG	1	QL(30 EA por 30 días); PA
INGREZZA CAPSULE SPRINKLE 40MG	1	QL(60 EA por 30 días); PA
INGREZZA CAPSULE THERAPY PACK 0	1	QL(56 EA por 365 días); PA
INGREZZA CAPSULE 60MG, 80MG	1	QL(30 EA por 30 días); PA
INGREZZA CAPSULE 40MG	1	QL(60 EA por 30 días); PA
NUEDEXTA CAPSULE 20MG; 10MG	1	PA
<i>riluzole tablet 50mg</i>	1	
<i>tetrabenazine tablet 12.5mg, 25mg</i>	1	PA
VEOZAH TABLET 45MG	1	QL(30 EA por 30 días); PA
Agentes del trastorno del sueño		
<i>Agentes estimulantes de insomnio</i>		
ARMODAFINIL TABLET 150MG, 200MG, 250MG	1	QL(30 EA por 30 días); PA
ARMODAFINIL TABLET 50MG	1	QL(60 EA por 30 días); PA
<i>modafinil tablet 100mg, 200mg</i>	1	QL(30 EA por 30 días); PA
<i>sodium oxybate solution 500mg/ml</i>	1	QL(540 ML por 30 días); PA
<i>Agentes somníferos</i>		
BELSOMRA TABLET 10MG, 15MG, 20MG, 5MG	1	QL(30 EA por 30 días)
ESZOPICLONE TABLET 1MG, 2MG, 3MG	1	QL(30 EA por 30 días)
<i>ramelteon tablet 8mg</i>	1	QL(30 EA por 30 días)
<i>temazepam capsule 15mg, 30mg</i>	1	QL(30 EA por 30 días)
<i>zaleplon capsule 5mg</i>	1	QL(30 EA por 30 días)
<i>zaleplon capsule 10mg</i>	1	QL(60 EA por 30 días)
<i>zolpidem tartrate er tablet extended release 12.5mg, 6.25mg</i>	1	QL(30 EA por 30 días)
<i>zolpidem tartrate tablet 10mg, 5mg</i>	1	QL(30 EA por 30 días)
Agentes dentales y orales		
<i>Agentes dentales y orales</i>		
<i>chlorhexidine gluconate solution 0.12%</i>	1	
<i>doxycycline hyclate tablet 20mg</i>	1	
<i>kourzeq paste 0.1%</i>	1	
<i>lidocaine hydrochloride viscous solution 2%</i>	1	
<i>lidocaine viscous solution 2%</i>	1	
<i>oralone dental paste paste 0.1%</i>	1	

ID de formulario: 26383, Fecha efectiva: 02/01/2026

Ultima actualización: 01/02/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>perio gard solution 0.12%</i>	1	
<i>pilocarpine hydrochloride tablet 5mg, 7.5mg</i>	1	
<i>triamcinolone acetonide dental paste 0.1%</i>	1	
Agentes dermatológicos		
Agentes dermatológicos, otros		
<i>calcipotriene cream 0.005%</i>	1	QL(120 GM por 30 días)
<i>calcipotriene ointment 0.005%</i>	1	QL(120 GM por 30 días)
<i>calcipotriene solution 0.005%</i>	1	QL(60 ML por 30 días)
<i>clotrimazole/betamethasone dipropionate cream 0.05%; 1%</i>	1	QL(90 GM por 30 días)
<i>diclofenac sodium gel 3%</i>	1	QL(300 GM por 30 días); ST
FLUOROURACIL CREAM 0.5%	1	
<i>fluorouracil cream 5%</i>	1	QL(40 GM por 30 días)
<i>fluorouracil solution 2%, 5%</i>	1	
<i>imiquimod cream 5%</i>	1	QL(48 EA por 30 días)
<i>nystatin/triamcinolone acetonide ointment 100000unit/gm; 0.1%</i>	1	
<i>nystatin/triamcinolone cream 100000unit/gm; 1mg/gm</i>	1	
<i>nystatin/triamcinolone ointment 100000unit/gm; 0.1%</i>	1	
OTEZLA TABLET 20MG, 30MG	1	QL(60 EA por 30 días); PA
<i>podofilox solution 0.5%</i>	1	
SANTYL OINTMENT 250UNIT/GM	1	
<i>silver sulfadiazine cream 1%</i>	1	
<i>ssd cream 1%</i>	1	
<i>urea lotion 40%</i>	1	
Agentes desencadenantes de acné y rosácea		
<i>acitretin capsule 10mg, 17.5mg, 25mg</i>	1	
<i>adapalene/benzoyl peroxide gel 0.1%; 2.5%</i>	1	
AMNESTEEM CAPSULE 30MG	1	
<i>amnesteem capsule 10mg, 20mg, 40mg</i>	1	
<i>azelaic acid gel 15%</i>	1	QL(100 GM por 30 días)
<i>claravis capsule 10mg, 20mg, 30mg, 40mg</i>	1	
<i>clindamycin phosphate/benzoyl peroxide gel 5%; 1.2%</i>	1	
<i>erythromycin/benzoyl peroxide gel 5%; 3%</i>	1	
FINACEA FOAM 15%	1	QL(50 GM por 30 días)
<i>isotretinoin capsule 10mg, 20mg, 30mg, 40mg</i>	1	
<i>metronidazole cream 0.75%</i>	1	
<i>metronidazole gel 0.75%, 1%</i>	1	
<i>tazarotene cream 0.1%</i>	1	QL(60 GM por 30 días)
<i>tretinoin cream 0.025%, 0.05%</i>	1	PA
<i>zenatane capsule 10mg, 20mg, 30mg, 40mg</i>	1	

ID de formulario: 26383, Fecha efectiva: 02/01/2026

Ultima actualización: 01/02/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
Agentes desencadenantes de dermatitis y prurito		
ADBRY INJECTION 150MG/ML	1	QL(6 ML por 28 días); PA
ADBRY INJECTION 300MG/2ML	1	QL(8 ML por 28 días); PA
ala-cort cream 1%	1	
alclometasone dipropionate cream 0.05%	1	
alclometasone dipropionate ointment 0.05%	1	
ammonium lactate cream 12%	1	
ammonium lactate lotion 12%	1	
betamethasone dipropionate augmented cream 0.05%	1	
betamethasone dipropionate augmented gel 0.05%	1	
betamethasone dipropionate augmented lotion 0.05%	1	
betamethasone dipropionate augmented ointment 0.05%	1	
betamethasone dipropionate cream 0.05%	1	
betamethasone dipropionate lotion 0.05%	1	
betamethasone dipropionate ointment 0.05%	1	
betamethasone valerate cream 0.1%	1	
betamethasone valerate lotion 0.1%	1	
betamethasone valerate ointment 0.1%	1	
clobetasol propionate e cream 0.05%	1	
clobetasol propionate cream 0.05%	1	
clobetasol propionate foam 0.05%	1	
clobetasol propionate gel 0.05%	1	
clobetasol propionate ointment 0.05%	1	
clobetasol propionate solution 0.05%	1	
desonide cream 0.05%	1	
desonide ointment 0.05%	1	QL(120 GM por 30 días)
desoximetasone cream 0.25%	1	QL(100 GM por 30 días)
desoximetasone ointment 0.25%	1	
EUCRISA OINTMENT 2%	1	PA
fluocinolone acetonide cream 0.01%, 0.025%	1	
fluocinolone acetonide ointment 0.025%	1	
fluocinolone acetonide solution 0.01%	1	
fluocinonide cream 0.1%	1	QL(120 GM por 30 días)
fluocinonide cream 0.05%	1	QL(60 GM por 30 días)
fluocinonide gel 0.05%	1	QL(60 GM por 30 días)
fluocinonide ointment 0.05%	1	QL(60 GM por 30 días)
fluocinonide solution 0.05%	1	QL(60 ML por 30 días)
fluticasone propionate cream 0.05%	1	
fluticasone propionate ointment 0.005%	1	
halobetasol propionate cream 0.05%	1	
halobetasol propionate ointment 0.05%	1	

ID de formulario: 26383, Fecha efectiva: 02/01/2026

Ultima actualización: 01/02/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>hydrocortisone valerate cream 0.2%</i>	1	QL(60 GM por 30 días)
<i>hydrocortisone cream 1%, 2.5%</i>	1	
<i>hydrocortisone lotion 2.5%</i>	1	
<i>hydrocortisone ointment 2.5%</i>	1	
<i>hydrocortisone ointment 1%</i>	1	QL(100 GM por 30 días)
<i>mometasone furoate cream 0.1%</i>	1	
<i>mometasone furoate ointment 0.1%</i>	1	
<i>mometasone furoate solution 0.1%</i>	1	
<i>pimecrolimus cream 1%</i>	1	
<i>selenium sulfide lotion 2.5%</i>	1	
SPEVIGO INJECTION 150MG/ML, 300MG/2ML	1	QL(4 ML por 28 días); PA
<i>tacrolimus ointment 0.03%, 0.1%</i>	1	
<i>triamcinolone acetonide cream 0.025%, 0.1%, 0.5%</i>	1	
<i>triamcinolone acetonide lotion 0.025%, 0.1%</i>	1	
<i>triamcinolone acetonide ointment 0.025%, 0.1%, 0.5%</i>	1	
<i>triderm cream 0.5%</i>	1	
Antiinfecciosos tópicos		
<i>acyclovir ointment 5%</i>	1	QL(60 GM por 30 días)
<i>ciclodan solution 8%</i>	1	PA
<i>ciclopirox nail lacquer solution 8%</i>	1	PA
<i>ciclopirox olamine cream 0.77%</i>	1	
<i>ciclopirox gel 0.77%</i>	1	
<i>ciclopirox shampoo 1%</i>	1	
<i>ciclopirox suspension 0.77%</i>	1	
<i>clindamycin phosphate external solution 1%</i>	1	QL(60 ML por 30 días)
<i>ery pad 2%</i>	1	
<i>erythromycin gel 2%</i>	1	
<i>erythromycin solution 2%</i>	1	
<i>mupirocin cream 2%</i>	1	
<i>mupirocin ointment 2%</i>	1	QL(110 GM por 30 días)
Pediculicidas/escabidas		
<i>malathion lotion 0.5%</i>	1	
<i>permethrin cream 5%</i>	1	
Agentes gastrointestinales		
Agentes antidiarreicos		
<i>alosetron hydrochloride tablet 0.5mg, 1mg</i>	1	PA
<i>diphenoxylate hydrochloride/atropine sulfate tablet 0.025mg; 2.5mg</i>	1	
<i>loperamide hydrochloride capsule 2mg</i>	1	
XERMELO TABLET 250MG	1	QL(90 EA por 30 días); PA

ID de formulario: 26383, Fecha efectiva: 02/01/2026

Ultima actualización: 01/02/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
Agentes antiestreñimiento		
<i>constulose solution 10gm/15ml</i>	1	
<i>enulose solution 10gm/15ml</i>	1	
<i>generlac solution 10gm/15ml</i>	1	
<i>lactulose solution 10gm/15ml</i>	1	
LINZESS CAPSULE 145MCG, 290MCG, 72MCG	1	QL(30 EA por 30 días)
<i>lubiprostone capsule 24mcg, 8mcg</i>	1	QL(60 EA por 30 días)
<i>prucalopride tablet 1mg, 2mg</i>	1	QL(30 EA por 30 días)
RELISTOR INJECTION 8MG/0.4ML	1	QL(12 ML por 30 días); ST
RELISTOR INJECTION 12MG/0.6ML	1	QL(18 ML por 30 días); ST
RELISTOR TABLET 150MG	1	QL(90 EA por 30 días); ST
Agentes gastrointestinales, otros		
CLENPIQ SOLUTION 12GM/175ML; 3.5GM/175ML; 10MG/175ML	1	
CTEXLI TABLET 250MG	1	PA
<i>gavilyte-c solution reconstituted 240gm; 2.98gm; 6.72gm; 5.84gm; 22.72gm</i>	1	
<i>gavilyte-g solution reconstituted 236gm; 2.97gm; 6.74gm; 5.86gm; 22.74gm</i>	1	
LIVMARLI SOLUTION 19MG/ML	1	QL(60 ML por 30 días); PA
LIVMARLI SOLUTION 9.5MG/ML	1	QL(90 ML por 30 días); PA
LIVMARLI TABLET 30MG	1	QL(30 EA por 30 días); PA
LIVMARLI TABLET 10MG, 15MG, 20MG	1	QL(60 EA por 30 días); PA
<i>metoclopramide hcl solution 5mg/5ml</i>	1	
<i>metoclopramide hydrochloride tablet 10mg, 5mg</i>	1	
<i>nitroglycerin ointment 0.4%</i>	1	
<i>peg-3350/electrolytes solution reconstituted 236gm; 2.97gm; 6.74gm; 5.86gm; 22.74gm</i>	1	
<i>peg-3350/nacl/na bicarbonate/kcl solution reconstituted 420gm; 1.48gm; 5.72gm; 11.2gm</i>	1	
<i>sodium sulfate/potassium sulfate/magnesium sulfate solution 1.6gm/177ml; 3.13gm/177ml; 17.5gm/177ml</i>	1	
SUTAB TABLET 225MG; 188MG; 1479MG	1	
<i>ursodiol tablet 250mg, 500mg</i>	1	

ID de formulario: 26383, Fecha efectiva: 02/01/2026

Ultima actualización: 01/02/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
VOQUEZNA TABLET 10MG	1	QL(30 EA por 30 días); PA
VOQUEZNA TABLET 20MG	1	QL(60 EA por 30 días); PA
VOWST CAPSULE 0	1	PA
XIFAXAN TABLET 200MG, 550MG	1	PA
Antagonistas de los receptores de la histamina2 (H2)		
famotidine tablet 20mg, 40mg	1	
nizatidine capsule 150mg, 300mg	1	
Antiespasmódicos, gastrointestinal		
dicyclomine hydrochloride capsule 10mg	1	
dicyclomine hydrochloride tablet 20mg	1	
glycopyrrolate tablet 1mg, 2mg	1	PA
Inhibidores de la bomba de protones		
esomeprazole magnesium capsule delayed release 20mg, 40mg	1	QL(60 EA por 30 días)
lansoprazole capsule delayed release 15mg, 30mg	1	QL(60 EA por 30 días)
omeprazole dr capsule delayed release 10mg	1	QL(60 EA por 30 días)
omeprazole capsule delayed release 10mg, 20mg, 40mg	1	QL(60 EA por 30 días)
pantoprazole sodium tablet delayed release 20mg, 40mg	1	QL(60 EA por 30 días)
rabeprazole sodium tablet delayed release 20mg	1	QL(60 EA por 30 días)
Protectores		
misoprostol tablet 100mcg, 200mcg	1	
sucralfate tablet 1gm	1	
Agentes genitourinarios		
Agentes de hiperplasia benigna de próstata		
alfuzosin hcl er tablet extended release 24 hour 10mg	1	
doxazosin mesylate tablet 1mg, 2mg, 4mg, 8mg	1	
dutasteride capsule 0.5mg	1	
finasteride tablet 5mg	1	
tadalafil tablet 2.5mg, 5mg	1	QL(30 EA por 30 días); PA
tamsulosin hydrochloride capsule 0.4mg	1	
terazosin hcl capsule 10mg, 1mg, 5mg	1	
terazosin hydrochloride capsule 2mg	1	
Agentes genitourinarios, otros		
acetic acid 0.25% solution 0.25%	1	
bethanechol chloride tablet 10mg, 25mg, 50mg, 5mg	1	
ELMIRON CAPSULE 100MG	1	
Antiespasmódicos, urinario		
fesoterodine fumarate er tablet extended release 24 hour 4mg, 8mg	1	

ID de formulario: 26383, Fecha efectiva: 02/01/2026

Ultima actualización: 01/02/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
GEMTESA TABLET 75MG	1	ST
MYRBETRIQ SUSPENSION RECONSTITUTED ER 8MG/ML	1	
MYRBETRIQ TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 25MG, 50MG	1	
<i>oxybutynin chloride er tablet extended release 24 hour 10mg, 15mg, 5mg</i>	1	
<i>oxybutynin chloride solution 5mg/5ml</i>	1	
<i>oxybutynin chloride tablet 5mg</i>	1	
<i>solifenacin succinate tablet 10mg, 5mg</i>	1	
Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (hipófisis)		
Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (hipófisis)		
<i>desmopressin acetate solution 0.01%</i>	1	
<i>desmopressin acetate tablet 0.1mg, 0.2mg</i>	1	
GENOTROPIN MINISQUICK INJECTION 0.2MG, 0.4MG, 0.6MG, 0.8MG, 1.2MG, 1.4MG, 1.6MG, 1.8MG, 1MG, 2MG	1	PA
GENOTROPIN INJECTION 12MG, 5MG	1	PA
INCRELEX INJECTION 40MG/4ML	1	PA
ISTURISA TABLET 1MG	1	QL(240 EA por 30 días); PA
ISTURISA TABLET 5MG	1	QL(360 EA por 30 días); PA
Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (hormonas sexuales/modificadores)		
Agentes de modificación selectiva de los receptores estrogénicos		
OSPHENA TABLET 60MG	1	QL(30 EA por 30 días); PA
<i>raloxifene hydrochloride tablet 60mg</i>	1	
Andrógenos		
<i>danazol capsule 100mg, 200mg, 50mg</i>	1	
<i>testosterone cypionate injection 100mg/ml, 200mg/ml</i>	1	PA
<i>testosterone enanthate injection 200mg/ml</i>	1	PA
<i>testosterone pump gel 1%, 1.62%</i>	1	PA
<i>testosterone gel 25mg/2.5gm, 50mg/5gm</i>	1	PA
Estrógenos		
<i>abigale lo tablet 0.5mg; 0.1mg</i>	1	
<i>abigale tablet 1mg; 0.5mg</i>	1	
<i>afirmelle tablet 20mcg; 0.1mg</i>	1	
<i>altavera tablet 30mcg; 0.15mg</i>	1	
<i>alyacen 1/35 tablet 35mcg; 1mg</i>	1	

ID de formulario: 26383, Fecha efectiva: 02/01/2026

Ultima actualización: 01/02/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>alyacen 7/7/7 tablet 35mcg; 0</i>	1	
<i>amabelz tablet 0.5mg; 0.1mg, 1mg; 0.5mg</i>	1	
<i>amethia tablet 0; 0</i>	1	QL(91 EA por 91 días)
<i>amethyst tablet 20mcg; 90mcg</i>	1	
<i>ashlyna tablet 0; 0</i>	1	QL(91 EA por 91 días)
<i>aubra eq tablet 20mcg; 0.1mg</i>	1	
<i>aurovela 1.5/30 tablet 30mcg; 1.5mg</i>	1	
<i>aurovela 1/20 tablet 20mcg; 1mg</i>	1	
<i>aurovela fe 1.5/30 tablet 30mcg; 75mg; 1.5mg</i>	1	
<i>aurovela fe 1/20 tablet 20mcg; 75mg; 1mg</i>	1	
<i>aviane tablet 20mcg; 0.1mg</i>	1	
<i>ayuna tablet 0.03mg; 0.15mg</i>	1	
<i>azurette tablet 0; 0</i>	1	
<i>balziva tablet 35mcg; 0.4mg</i>	1	
<i>blisovi fe 1.5/30 tablet 30mcg; 75mg; 1.5mg</i>	1	
<i>blisovi fe 1/20 tablet 20mcg; 75mg; 1mg</i>	1	
<i>briellyn tablet 35mcg; 0.4mg</i>	1	
<i>camrese lo tablet 0; 0</i>	1	QL(91 EA por 91 días)
<i>camrese tablet 0; 0</i>	1	QL(91 EA por 91 días)
<i>chateal eq tablet 30mcg; 0.15mg</i>	1	
CLIMARA PRO PATCH WEEKLY 0.045MG/DAY; 0.015MG/DAY	1	
<i>cryselle-28 tablet 30mcg; 0.3mg</i>	1	
<i>dasetta 1/35 tablet 35mcg; 1mg</i>	1	
<i>dasetta 7/7/7 tablet 35mcg; 0</i>	1	
<i>daysee tablet 0; 0</i>	1	QL(91 EA por 91 días)
<i>delyla tablet 20mcg; 0.1mg</i>	1	
<i>desogestrel/ethinyl estradiol tablet 0; 0</i>	1	
<i>dolishale tablet 20mcg; 90mcg</i>	1	
DOTTI PATCH TWICE WEEKLY 0.075MG/24HR, 0.1MG/24HR	1	
<i>dotti patch twice weekly 0.025mg/24hr, 0.0375mg/24hr, 0.05mg/24hr</i>	1	
<i>elinest tablet 30mcg; 0.3mg</i>	1	
<i>eluryng ring 0.015mg/24hr; 0.12mg/24hr</i>	1	
<i>enilloring ring 0.015mg/24hr; 0.12mg/24hr</i>	1	
<i>enpresse-28 tablet 0; 0</i>	1	
<i>estarylla tablet 35mcg; 0.25mg</i>	1	
<i>estradiol/norethindrone acetate tablet 0.5mg; 0.1mg, 1mg; 0.5mg</i>	1	
<i>estradiol cream 0.1mg/gm</i>	1	

ID de formulario: 26383, Fecha efectiva: 02/01/2026

Ultima actualización: 01/02/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>estradiol gel 0.06%, 0.25mg/0.25gm, 0.5mg/0.5gm, 0.75mg/0.75gm, 1.25mg/1.25gm, 1mg/gm</i>	1	
<i>estradiol patch twice weekly 0.025mg/24hr, 0.0375mg/24hr, 0.05mg/24hr, 0.075mg/24hr, 0.1mg/24hr</i>	1	
<i>estradiol patch weekly 0.025mg/24hr, 0.05mg/24hr, 0.06mg/24hr, 0.075mg/24hr, 0.1mg/24hr, 37.5mcg/24hr</i>	1	
<i>estradiol oral tablet 0.5mg, 1mg, 2mg, 10mcg</i>	1	
ESTRING RING 7.5MCG/24HR	1	QL(1 EA por 90 días)
<i>ethynodiol diacetate/ethinyl estradiol tablet 35mcg; 1mg, 50mcg; 1mg</i>	1	
<i>etonogestrel/ethinyl estradiol ring 0.015mg/24hr; 0.12mg/24hr</i>	1	
<i>falmina tablet 20mcg; 0.1mg</i>	1	
<i>feirza 1.5/30 tablet 30mcg; 75mg; 1.5mg</i>	1	
<i>feirza 1/20 tablet 20mcg; 75mg; 1mg</i>	1	
<i>fyavolv tablet 2.5mcg; 0.5mg, 5mcg; 1mg</i>	1	
<i>hailey 1.5/30 tablet 30mcg; 1.5mg</i>	1	
<i>hailey fe 1.5/30 tablet 30mcg; 75mg; 1.5mg</i>	1	
<i>hailey fe 1/20 tablet 20mcg; 75mg; 1mg</i>	1	
<i>haloette ring 0.015mg/24hr; 0.12mg/24hr</i>	1	
<i>iclevia tablet 0.03mg; 0.15mg</i>	1	QL(91 EA por 91 días)
<i>introvale tablet 0.03mg; 0.15mg</i>	1	QL(91 EA por 91 días)
<i>jaimiess tablet 0; 0</i>	1	QL(91 EA por 91 días)
<i>jinteli tablet 5mcg; 1mg</i>	1	
<i>jolessa tablet 0.03mg; 0.15mg</i>	1	QL(91 EA por 91 días)
<i>junel 1.5/30 tablet 30mcg; 1.5mg</i>	1	
<i>junel 1/20 tablet 20mcg; 1mg</i>	1	
<i>junel fe 1.5/30 tablet 30mcg; 75mg; 1.5mg</i>	1	
<i>junel fe 1/20 tablet 20mcg; 75mg; 1mg</i>	1	
<i>kariva tablet 0; 0</i>	1	
<i>kelnor 1/35 tablet 35mcg; 1mg</i>	1	
<i>kelnor 1/50 tablet 50mcg; 1mg</i>	1	
<i>kurvelo tablet 0.03mg; 0.15mg</i>	1	
<i>larin 1.5/30 tablet 30mcg; 1.5mg</i>	1	
<i>larin 1/20 tablet 20mcg; 1mg</i>	1	
<i>larin fe 1.5/30 tablet 30mcg; 75mg; 1.5mg</i>	1	
<i>larin fe 1/20 tablet 20mcg; 75mg; 1mg</i>	1	
<i>lessina tablet 20mcg; 0.1mg</i>	1	
<i>levonest tablet 0; 0</i>	1	
<i>levonorgestrel and ethinyl estradiol tablet 20mcg; 90mcg</i>	1	
<i>levonorgestrel and ethinyl estradiol tablet 0; 0</i>	1	QL(91 EA por 91 días)

ID de formulario: 26383, Fecha efectiva: 02/01/2026

Ultima actualización: 01/02/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
levonorgestrel/ethinyl estradiol tablet 0.03mg; 0.15mg, 0; 0, 20mcg; 0.1mg	1	
levonorgestrel/ethinyl estradiol tablet 0.03mg; 0.15mg, 0; 0	1	QL(91 EA por 91 días)
levora 0.15/30-28 tablet 0.03mg; 0.15mg	1	
lojaimiess tablet 0; 0	1	QL(91 EA por 91 días)
low-ogestrel tablet 30mcg; 0.3mg	1	
luizza 1.5/30 tablet 30mcg; 1.5mg	1	
luizza 1/20 tablet 20mcg; 1mg	1	
lutra tablet 20mcg; 0.1mg	1	
lyllana patch twice weekly 0.025mg/24hr, 0.0375mg/24hr, 0.05mg/24hr, 0.075mg/24hr, 0.1mg/24hr	1	
marlissa tablet 0.03mg; 0.15mg	1	
MENEST TABLET 2.5MG	1	
microgestin 1.5/30 tablet 30mcg; 1.5mg	1	
microgestin 1/20 tablet 20mcg; 1mg	1	
microgestin fe 1.5/30 tablet 30mcg; 75mg; 1.5mg	1	
microgestin fe 1/20 tablet 20mcg; 75mg; 1mg	1	
mili tablet 35mcg; 0.25mg	1	
mimvey tablet 1mg; 0.5mg	1	
mono-linyah tablet 35mcg; 0.25mg	1	
necon 0.5/35-28 tablet 35mcg; 0.5mg	1	
norelgestromin/ethinyl estradiol patch weekly 35mcg/24hr; 150mcg/24hr	1	
norethindrone acetate/ethinyl estradiol/ferrous fumarate tablet 20mcg; 75mg; 1mg, 30mcg; 75mg; 1.5mg	1	
norethindrone acetate/ethinyl estradiol tablet 2.5mcg; 0.5mg, 20mcg; 1mg, 30mcg; 1.5mg, 5mcg; 1mg	1	
norgestimate/ethinyl estradiol tablet 0; 0, 35mcg; 0.25mg	1	
nortrel 0.5/35 (28) tablet 35mcg; 0.5mg	1	
nortrel 1/35 tablet 35mcg; 1mg	1	
nortrel 7/7/7 tablet 35mcg; 0	1	
nylia 1/35 tablet 35mcg; 1mg	1	
nylia 7/7/7 tablet 35mcg; 0	1	
philith tablet 35mcg; 0.4mg	1	
pimtrea tablet 0; 0	1	
portia-28 tablet 0.03mg; 0.15mg	1	
PREMARIN CREAM 0.625MG/GM	1	
PREMARIN TABLET 0.3MG, 0.45MG, 0.625MG, 0.9MG, 1.25MG	1	
PREMPHASE TABLET 0.625MG; 5MG	1	
PREMPRO TABLET 0.3MG; 1.5MG, 0.45MG; 1.5MG, 0.625MG; 2.5MG, 0.625MG; 5MG	1	

ID de formulario: 26383, Fecha efectiva: 02/01/2026

Ultima actualización: 01/02/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>rivelsa tablet 0; 0</i>	1	QL(91 EA por 91 días)
<i>rosyrah tablet 0; 0</i>	1	QL(91 EA por 91 días)
<i>setlakin tablet 0.03mg; 0.15mg</i>	1	QL(91 EA por 91 días)
<i>simliya tablet 0; 0</i>	1	
<i>simpesse tablet 0; 0</i>	1	QL(91 EA por 91 días)
<i>sprintec 28 tablet 35mcg; 0.25mg</i>	1	
<i>sronyx tablet 20mcg; 0.1mg</i>	1	
<i>tarina fe 1/20 eq tablet 20mcg; 75mg; 1mg</i>	1	
<i>tri-estarylla tablet 0; 0</i>	1	
<i>tri-lynyah tablet 0; 0</i>	1	
<i>tri-mili tablet 0; 0</i>	1	
<i>tri-nymyo tablet 0; 0</i>	1	
<i>tri-sprintec tablet 0; 0</i>	1	
<i>tri-vylibra tablet 0; 0</i>	1	
<i>trivora-28 tablet 0; 0</i>	1	
<i>turqoz tablet 30mcg; 0.3mg</i>	1	
<i>valtya 1/35 tablet 35mcg; 1mg</i>	1	
<i>valtya 1/50 tablet 50mcg; 1mg</i>	1	
<i>vienva tablet 20mcg; 0.1mg</i>	1	
<i>viorele tablet 0; 0</i>	1	
<i>volnea tablet 0; 0</i>	1	
<i>vyfemla tablet 35mcg; 0.4mg</i>	1	
<i>vylibra tablet 35mcg; 0.25mg</i>	1	
<i>wera tablet 35mcg; 0.5mg</i>	1	
<i>xulane patch weekly 35mcg/24hr; 150mcg/24hr</i>	1	
<i>yuvaferm tablet 10mcg</i>	1	
<i>zafemy patch weekly 35mcg/24hr; 150mcg/24hr</i>	1	
<i>zovia 1/35 tablet 35mcg; 1mg</i>	1	
Progestinas		
<i>camila tablet 0.35mg</i>	1	
<i>deblitane tablet 0.35mg</i>	1	
DEPO-SUBQ PROVERA 104 INJECTION 104MG/0.65ML	1	QL(0.65 ML por 90 días)
<i>emzakh tablet 0.35mg</i>	1	
<i>errin tablet 0.35mg</i>	1	
<i>gallifrey tablet 5mg</i>	1	
<i>heather tablet 0.35mg</i>	1	
<i>incassia tablet 0.35mg</i>	1	
<i>jencycla tablet 0.35mg</i>	1	
LILETTA INTRAUTERINE DEVICE 20.1MCG/DAY	1	
<i>lyleq tablet 0.35mg</i>	1	
<i>lyza tablet 0.35mg</i>	1	

ID de formulario: 26383, Fecha efectiva: 02/01/2026

Ultima actualización: 01/02/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>medroxyprogesterone acetate injection 150mg/ml</i>	1	QL(1 ML por 90 días)
<i>medroxyprogesterone acetate tablet 10mg, 2.5mg, 5mg</i>	1	
<i>megestrol acetate suspension 40mg/ml</i>	1	
<i>megestrol acetate tablet 20mg, 40mg</i>	1	
<i>meleya tablet 0.35mg</i>	1	
NEXPLANON INJECTION 68MG	1	
<i>nora-be tablet 0.35mg</i>	1	
<i>norethindrone acetate tablet 5mg</i>	1	
<i>norethindrone tablet 0.35mg</i>	1	
<i>norlyroc tablet 0.35mg</i>	1	
<i>orquidea tablet 0.35mg</i>	1	
<i>progesterone capsule 100mg, 200mg</i>	1	
<i>sharobel tablet 0.35mg</i>	1	
Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (suprarrenal)		
Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (suprarrenal)		
<i>cortisone acetate tablet 25mg</i>	1	
<i>dexamethasone elixir 0.5mg/5ml</i>	1	
<i>dexamethasone solution 0.5mg/5ml</i>	1	
<i>dexamethasone tablet 0.5mg, 0.75mg, 1.5mg, 1mg, 2mg, 4mg, 6mg</i>	1	
<i>fludrocortisone acetate tablet 0.1mg</i>	1	
<i>hydrocortisone tablet 10mg, 20mg, 5mg</i>	1	
<i>methylprednisolone dose pack tablet therapy pack 4mg</i>	1	
<i>methylprednisolone tablet 16mg, 32mg, 4mg, 8mg</i>	1	
<i>prednisolone sodium phosphate solution 15mg/5ml, 25mg/5ml, 5mg/5ml</i>	1	
<i>prednisolone solution 15mg/5ml</i>	1	
<i>prednisone tablet therapy pack 10mg, 5mg</i>	1	
<i>prednisone tablet 10mg, 1mg, 2.5mg, 20mg, 50mg, 5mg</i>	1	
Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (tiroides)		
Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (tiroides)		
<i>euthyrox tablet 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg, 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg</i>	1	
<i>levo-t tablet 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg, 25mcg, 300mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg</i>	1	
<i>levothyroxine sodium tablet 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg, 25mcg, 300mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg</i>	1	

ID de formulario: 26383, Fecha efectiva: 02/01/2026

Ultima actualización: 01/02/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>levoxyl tablet 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg, 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg</i>	1	
<i>liomny tablet 25mcg, 50mcg, 5mcg</i>	1	
<i>liothyronine sodium tablet 25mcg, 50mcg, 5mcg</i>	1	
REZDIFFRA TABLET 100MG, 60MG, 80MG	1	QL(30 EA por 30 días); PA
<i>unithroid tablet 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg, 25mcg, 300mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg</i>	1	
Agentes hormonales, inhibidor (tiroides)		
Agentes antitiroides		
<i>methimazole tablet 10mg, 5mg</i>	1	
<i>propylthiouracil tablet 50mg</i>	1	
Agentes hormonales, supresores (suprarrenales o pituitaria)		
Hormonal Agents, Suppressant (Adrenal or Pituitary)		
<i>cabergoline tablet 0.5mg</i>	1	
FIRMAGON INJECTION 80MG	1	QL(1 EA por 28 días); PA NSO
FIRMAGON INJECTION 120MG/VIAL	1	QL(4 EA por 365 días); PA NSO
<i>leuprolide acetate injection 1mg/0.2ml</i>	1	PA NSO
LUPRON DEPOT (1-MONTH) INJECTION 3.75MG, 7.5MG	1	QL(1 EA por 28 días); PA NSO
LUPRON DEPOT (3-MONTH) INJECTION 11.25MG, 22.5MG	1	QL(1 EA por 84 días); PA NSO
LUPRON DEPOT (4-MONTH) INJECTION 30MG	1	QL(1 EA por 112 días); PA NSO
LUPRON DEPOT (6-MONTH) INJECTION 45MG	1	QL(1 EA por 168 días); PA NSO
LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH) INJECTION 11.25MG, 15MG, 7.5MG	1	QL(1 EA por 28 días); PA
LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH) INJECTION 11.25MG, 30MG	1	QL(1 EA por 84 días); PA
<i>mifepristone tablet 200mg</i>	1	
<i>mifepristone tablet 300mg</i>	1	QL(120 EA por 30 días); PA
<i>octreotide acetate injection 1000mcg/ml, 100mcg/ml, 200mcg/ml, 500mcg/ml, 50mcg/ml</i>	1	PA
ORGOVYX TABLET 120MG	1	PA NSO
SIGNIFOR INJECTION 0.3MG/ML, 0.6MG/ML, 0.9MG/ML	1	QL(60 ML por 30 días); PA
SOMAVERT INJECTION 10MG, 15MG, 20MG, 25MG, 30MG	1	PA

ID de formulario: 26383, Fecha efectiva: 02/01/2026

Ultima actualización: 01/02/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
TRELSTAR MIXJECT INJECTION 22.5MG	1	QL(1 EA por 168 días); PA NSO
TRELSTAR MIXJECT INJECTION 11.25MG	1	QL(1 EA por 84 días); PA NSO
Agentes inmunológicos		
<i>Agentes inmunológicos, otros</i>		
BENLYSTA INJECTION 200MG/ML	1	PA
COSENTYX SENSOREADY PEN INJECTION 150MG/ML	1	QL(10 ML por 28 días); PA
COSENTYX UNOREADY INJECTION 300MG/2ML	1	QL(10 ML por 28 días); PA
COSENTYX INJECTION 125MG/5ML	1	PA
COSENTYX INJECTION 150MG/ML, 75MG/0.5ML	1	QL(10 ML por 28 días); PA
DUPIXENT INJECTION 200MG/1.14ML	1	QL(4.56 ML por 28 días); PA
DUPIXENT INJECTION 300MG/2ML	1	QL(8 ML por 28 días); PA
EMPAVELI INJECTION 1080MG/20ML	1	PA
KINERET INJECTION 100MG/0.67ML	1	PA
ORENCIA CLICKJECT INJECTION 125MG/ML	1	QL(4 ML por 28 días); PA
ORENCIA INJECTION 50MG/0.4ML	1	QL(1.6 ML por 28 días); PA
ORENCIA INJECTION 87.5MG/0.7ML	1	QL(2.8 ML por 28 días); PA
ORENCIA INJECTION 125MG/ML	1	QL(4 ML por 28 días); PA
OTEZLA TABLET THERAPY PACK 0	1	QL(110 EA por 365 días); PA
RINVOQ LQ SOLUTION 1MG/ML	1	QL(360 ML por 30 días); PA
RINVOQ TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 15MG, 30MG, 45MG	1	QL(30 EA por 30 días); PA
SKYRIZI PEN INJECTION 150MG/ML	1	QL(1 ML por 28 días); PA
SKYRIZI INJECTION 150MG/ML	1	QL(1 ML por 28 días); PA
SKYRIZI INJECTION 180MG/1.2ML	1	QL(1.2 ML por 56 días); PA
SKYRIZI INJECTION 360MG/2.4ML	1	QL(2.4 ML por 56 días); PA
SKYRIZI INJECTION 600MG/10ML	1	QL(60 ML por 365 días); PA
STELARA INJECTION 130MG/26ML	1	QL(104 ML por 365 días); PA
STELARA INJECTION 45MG/0.5ML, 90MG/ML	1	QL(3 ML por 84 días); PA

ID de formulario: 26383, Fecha efectiva: 02/01/2026

Ultima actualización: 01/02/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
STEQEYMA INJECTION 130MG/26ML	1	QL(104 ML por 365 días); PA
STEQEYMA INJECTION 45MG/0.5ML, 90MG/ML	1	QL(3 ML por 84 días); PA
TAVNEOS CAPSULE 10MG	1	QL(180 EA por 30 días); PA
TYENNE INJECTION 162MG/0.9ML	1	QL(3.6 ML por 28 días); PA
<i>ustekinumab injection 130mg/26ml</i>	1	QL(104 ML por 365 días); PA
<i>ustekinumab injection 45mg/0.5ml, 90mg/ml</i>	1	QL(3 ML por 84 días); PA
VEOPOZ INJECTION 400MG/2ML	1	PA
VYVGART HYTRULO INJECTION 1000MG/5ML; 10000UNIT/5ML	1	QL(20 ML por 28 días); PA
WEZLANA INJECTION 130MG/26ML	1	QL(104 ML por 365 días); PA
WEZLANA INJECTION 45MG/0.5ML, 90MG/ML	1	QL(3 ML por 84 días); PA
XELJANZ XR TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 11MG, 22MG	1	QL(30 EA por 30 días); PA
XELJANZ SOLUTION 1MG/ML	1	QL(300 ML por 30 días); PA
XELJANZ TABLET 10MG, 5MG	1	QL(60 EA por 30 días); PA
XOLAIR INJECTION 75MG/0.5ML	1	QL(1 ML por 28 días); PA
XOLAIR INJECTION 150MG	1	QL(8 EA por 28 días); PA
XOLAIR INJECTION 150MG/ML, 300MG/2ML	1	QL(8 ML por 28 días); PA
Agentes para angioedema		
CINRYZE INJECTION 500UNIT	1	PA
<i>icatibant acetate injection 30mg/3ml</i>	1	PA
Inmunoestimulantes		
ACTIMMUNE INJECTION 100MCG/0.5ML	1	PA NSO
BESREMI INJECTION 500MCG/ML	1	PA NSO
PEGASYS INJECTION 180MCG/ML	1	PA
Inmunoglobulinas		
BIVIGAM INJECTION 10%, 5GM/50ML	1	PA
GAMASTAN INJECTION 0	1	PA
HIZENTRA INJECTION 10GM/50ML, 1GM/5ML, 2GM/10ML, 4GM/20ML	1	PA
HYPERHEP B INJECTION 110UNIT/0.5ML	1	B/D
PRIVIGEN INJECTION 10GM/100ML, 20GM/200ML, 40GM/400ML, 5GM/50ML	1	PA
Inmunosupresores		

ID de formulario: 26383, Fecha efectiva: 02/01/2026

Ultima actualización: 01/02/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
ADALIMUMAB-AATY 1-PEN KIT INJECTION 80MG/0.8ML	1	QL(3 EA por 28 días); PA
ADALIMUMAB-AATY 1-PEN KIT INJECTION 40MG/0.4ML	1	QL(6 EA por 28 días); PA
ADALIMUMAB-AATY 2-PEN KIT INJECTION 40MG/0.4ML	1	QL(6 EA por 28 días); PA
ADALIMUMAB-AATY 2-SYRINGE INJECTION 20MG/0.2ML	1	QL(2 EA por 28 días); PA
ADALIMUMAB-AATY 2-SYRINGE INJECTION 40MG/0.4ML	1	QL(6 EA por 28 días); PA
<i>adalimumab-aaty cd/uc/hs starter injection 80mg/0.8ml</i>	1	QL(3 EA por 28 días); PA
ADALIMUMAB-ADBIM CROHNS/UC/HS STARTER INJECTION 40MG/0.8ML	1	QL(6 EA por 28 días); PA; Boehringer Ingelheim labeled products only
ADALIMUMAB-ADBIM PSORIASIS/UEVITIS STARTER INJECTION 40MG/0.8ML	1	QL(6 EA por 28 días); PA; Boehringer Ingelheim labeled products only
ADALIMUMAB-ADBIM STARTER PACKAGE FOR CROHNS DISEASE/UC/HS INJECTION 40MG/0.4ML	1	QL(6 EA por 28 días); PA; Boehringer Ingelheim labeled products only
ADALIMUMAB-ADBIM STARTER PACKAGE FOR PSORIASIS/UEVITIS INJECTION 40MG/0.4ML	1	QL(6 EA por 28 días); PA; Boehringer Ingelheim labeled products only
ADALIMUMAB-ADBIM INJECTION 10MG/0.2ML, 20MG/0.4ML	1	QL(2 EA por 28 días); PA; Boehringer Ingelheim labeled products only
ADALIMUMAB-ADBIM INJECTION 40MG/0.4ML, 40MG/0.8ML	1	QL(6 EA por 28 días); PA; Boehringer Ingelheim labeled products only
<i>adalimumab-adbm injection 40mg/0.4ml</i>	1	QL(6 EA por 28 días); PA; Boehringer Ingelheim labeled products only
<i>azathioprine tablet 50mg</i>	1	B/D
<i>cyclosporine modified capsule 100mg, 25mg, 50mg</i>	1	B/D
<i>cyclosporine modified solution 100mg/ml</i>	1	B/D
<i>cyclosporine capsule 100mg, 25mg</i>	1	B/D
ENBREL MINI INJECTION 50MG/ML	1	QL(8 ML por 28 días); PA
ENBREL SURECLICK INJECTION 50MG/ML	1	QL(8 ML por 28 días); PA
ENBREL INJECTION 25MG/0.5ML	1	QL(4 ML por 28 días); PA
ENBREL INJECTION 50MG/ML	1	QL(8 ML por 28 días); PA
ENVARUS XR TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 0.75MG, 1MG, 4MG	1	B/D

ID de formulario: 26383, Fecha efectiva: 02/01/2026

Ultima actualización: 01/02/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>everolimus tablet 0.25mg, 0.5mg, 0.75mg, 1mg</i>	1	B/D
<i>gengraf capsule 100mg, 25mg</i>	1	B/D
<i>gengraf solution 100mg/ml</i>	1	B/D
HUMIRA PEDIATRIC CROHNS DISEASE STARTER PACK INJECTION 0	1	QL(4 EA por 365 días); PA
HUMIRA PEDIATRIC CROHNS DISEASE STARTER PACK INJECTION 80MG/0.8ML	1	QL(6 EA por 365 días); PA
HUMIRA PEN-CD/UC/HS STARTER INJECTION 80MG/0.8ML	1	QL(4 EA por 28 días); PA
HUMIRA PEN-CD/UC/HS STARTER INJECTION 40MG/0.8ML	1	QL(6 EA por 28 días); PA
HUMIRA PEN-PEDIATRIC UC STARTER PACK INJECTION 80MG/0.8ML	1	QL(4 EA por 28 días); PA
HUMIRA PEN-PS/UV STARTER INJECTION 0	1	QL(6 EA por 365 días); PA
HUMIRA PEN INJECTION 80MG/0.8ML	1	QL(4 EA por 28 días); PA; Abbvie labeled products only
HUMIRA PEN INJECTION 40MG/0.8ML	1	QL(6 EA por 28 días); PA
HUMIRA PEN INJECTION 40MG/0.4ML	1	QL(6 EA por 28 días); PA; Abbvie labeled products only
HUMIRA INJECTION 10MG/0.1ML, 20MG/0.2ML	1	QL(2 EA por 28 días); PA; Abbvie labeled products only
HUMIRA INJECTION 40MG/0.8ML	1	QL(6 EA por 28 días); PA
HUMIRA INJECTION 40MG/0.4ML	1	QL(6 EA por 28 días); PA; Abbvie labeled products only
<i>infliximab injection 100mg</i>	1	PA
JYLAMVO SOLUTION 2MG/ML	1	PA NSO
<i>leflunomide tablet 10mg, 20mg</i>	1	
<i>methotrexate sodium injection 1gm/40ml, 1gm, 250mg/10ml, 50mg/2ml</i>	1	
<i>methotrexate sodium tablet 2.5mg</i>	1	
<i>methotrexate injection 50mg/2ml</i>	1	
<i>mycophenolate mofetil capsule 250mg</i>	1	B/D
<i>mycophenolate mofetil suspension reconstituted 200mg/ml</i>	1	B/D
<i>mycophenolate mofetil tablet 500mg</i>	1	B/D
<i>mycophenolic acid dr tablet delayed release 180mg, 360mg</i>	1	B/D
ORENCIA INJECTION 250MG	1	PA
PEGASYS INJECTION 180MCG/0.5ML	1	PA

ID de formulario: 26383, Fecha efectiva: 02/01/2026

Ultima actualización: 01/02/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
PROGRAF PACKET 0.2MG, 1MG	1	B/D
REZUROCK TABLET 200MG	1	QL(60 EA por 30 días); PA
SANDIMMUNE SOLUTION 100MG/ML	1	B/D
<i>sirolimus solution 1mg/ml</i>	1	B/D
<i>sirolimus tablet 0.5mg, 1mg, 2mg</i>	1	B/D
<i>tacrolimus capsule 0.5mg, 1mg, 5mg</i>	1	B/D
XATMEP SOLUTION 2.5MG/ML	1	PA NSO
Vacunas		
ABRYSVO INJECTION 120MCG/0.5ML	1	QL(1 EA por 252 días)
ACTHIB INJECTION 0	1	
ADACEL INJECTION 2LF/0.5ML; 15.5MCG/0.5ML; 5LF/0.5ML	1	
AREXVY INJECTION 120MCG/0.5ML	1	QL(1 EA por 999 días)
<i>bcg vaccine injection 50mg</i>	1	
BEXSERO INJECTION 0.5ML	1	
BOOSTRIX INJECTION 2.5LF/0.5ML; 18.5MCG/0.5ML; 5LF/0.5ML	1	
DAPTACEL INJECTION 15LF/0.5ML; 23MCG/0.5ML; 5LF/0.5ML	1	
DENGVAXIA INJECTION 0	1	
ENGRIX-B INJECTION 10MCG/0.5ML, 20MCG/ML	1	B/D
GARDASIL 9 INJECTION 0.5ML	1	
HAVRIX INJECTION 1440UNIT/ML, 720ELU/0.5ML	1	
HEPLISAV-B INJECTION 20MCG/0.5ML	1	B/D
HIBERIX INJECTION 10MCG	1	
IMOVAX RABIES (H.D.C.V.) INJECTION 2.5UNIT/ML	1	B/D
INFANRIX INJECTION 25LFU/0.5ML; 58MCG/0.5ML; 10LFU/0.5ML	1	
IPOL INACTIVATED IPV INJECTION 0	1	
IXIARO INJECTION 0	1	
JYNNEOS INJECTION 0.5ML	1	
KINRIX INJECTION 25LFU/0.5ML; 58MCG/0.5ML; 0; 10LFU/0.5ML	1	
M-M-R II INJECTION 0; 0; 0	1	
MENACTRA INJECTION 0	1	
<i>menquadfi injection 0.5ml</i>	1	
MENVEO INJECTION 0	1	
MRESVIA INJECTION 50MCG/0.5ML	1	QL(0.5 ML por 999 días)
PEDIARIX INJECTION 25LFU/0.5ML; 10MCG/0.5ML; 58MCG/0.5ML; 0; 10LFU/0.5ML	1	
PEDVAX HIB INJECTION 7.5MCG/0.5ML	1	

ID de formulario: 26383, Fecha efectiva: 02/01/2026

Ultima actualización: 01/02/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
PENBRAYA INJECTION 0; 0	1	
PENMENVY INJECTION 0; 0	1	
PENTACEL INJECTION 15LFU/0.5ML; 0; 48MCG/0.5ML; 0; 5LFU/0.5ML	1	
PREHEVBRIO INJECTION 10MCG/ML	1	B/D
PRIORIX INJECTION 0; 0; 0	1	
PROQUAD INJECTION 0; 0; 0; 0	1	
QUADRACEL INJECTION 15LFU/0.5ML; 48MCG/0.5ML; 0; 5LFU/0.5ML	1	Pre-Filled Syringe
QUADRACEL INJECTION 15LFU/0.5ML; 48MCG/0.5ML; 0; 5LFU/0.5ML	1	Single-dose vial
RABAVERT INJECTION 0	1	B/D
RECOMBIVAX HB INJECTION 10MCG/ML, 40MCG/ML, 5MCG/0.5ML	1	B/D
ROTARIX SUSPENSION 0	1	
ROTATEQ SOLUTION 0	1	
SHINGRIX INJECTION 50MCG/0.5ML	1	
STAMARIL INJECTION 0	1	
TDVAX INJECTION 2LF/0.5ML; 2LF/0.5ML	1	
TENIVAC INJECTION 2LFU; 5LFU	1	
TETANUS/DIPHTHERIA TOXOIDS-ADSORBED ADULT INJECTION 2LF/0.5ML; 2LF/0.5ML	1	
TICOVAC INJECTION 1.2MCG/0.25ML, 2.4MCG/0.5ML	1	
TRUMENBA INJECTION 0.5ML	1	
TWINRIX INJECTION 720ELU/ML; 20MCG/ML	1	
TYPHIM VI INJECTION 25MCG/0.5ML	1	
VAQTA INJECTION 25UNIT/0.5ML, 50UNIT/ML	1	
VARIVAX INJECTION 1350PFU/0.5ML	1	
VAXCHORA SUSPENSION RECONSTITUTED 0	1	
VAXELIS INJECTION 0; 0; 0; 0; 0; 0	1	
VIMKUNYA INJECTION 40MCG/0.8ML	1	
VIVOTIF CAPSULE DELAYED RELEASE 0	1	
YF-VAX INJECTION 0	1	
Agentes oftálmicos		
Agentes oftálmicos antialérgicos		
azelastine hcl ophthalmic solution 0.05%	1	
cromolyn sodium solution 4%	1	
Agentes oftálmicos bloqueantes beta adrenérgicos		
betaxolol hcl solution 0.5%	1	
carteolol hcl solution 1%	1	
levobunolol hcl solution 0.5%	1	
timolol maleate solution 0.25%, 0.5%	1	

ID de formulario: 26383, Fecha efectiva: 02/01/2026

Ultima actualización: 01/02/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
Agentes oftálmicos para la disminución de la presión intraocular, otros		
<i>acetazolamide er capsule extended release 12 hour 500mg</i>	1	
<i>acetazolamide tablet 125mg, 250mg</i>	1	
BRIMONIDINE TARTRATE SOLUTION 0.1%	1	
<i>brimonidine tartrate solution 0.2%</i>	1	
<i>dorzolamide hydrochloride solution 2%</i>	1	
<i>pilocarpine hcl solution 1%, 2%, 4%</i>	1	
<i>pilocarpine hydrochloride solution 1%, 2%, 4%</i>	1	
RHOPRESSA SOLUTION 0.02%	1	QL(2.5 ML por 25 días)
Agentes oftálmicos, otros		
<i>atropine sulfate solution 1%</i>	1	
<i>bacitracin/polymyxin b ointment 500unit/gm; 10000unit/gm</i>	1	
<i>brimonidine tartrate/timolol maleate solution 0.2%; 0.5%</i>	1	
COMBIGAN SOLUTION 0.2%; 0.5%	1	
<i>cyclosporine emulsion 0.05%</i>	1	
CYSTARAN SOLUTION 0.44%	1	QL(60 ML por 28 días)
<i>dorzolamide hcl/timolol maleate solution 22.3mg/ml; 6.8mg/ml</i>	1	
<i>neo-polycin hc ointment 400unit/gm; 1%; 3.5mg/gm; 10000unit/gm</i>	1	
<i>neo-polycin ointment 400unit/gm; 3.5mg/gm; 10000unit/gm</i>	1	
<i>neomycin/bacitracin/polymyxin ointment 400unit/gm; 5mg/gm; 10000unit/gm</i>	1	
<i>neomycin/polymyxin/bacitracin/hydrocortisone ointment 400unit/gm; 1%; 0.5%; 10000unit/gm</i>	1	
<i>neomycin/polymyxin/dexamethasone ointment 0.1%; 3.5mg/gm; 10000unit/gm</i>	1	
<i>neomycin/polymyxin/dexamethasone suspension 0.1%; 3.5mg/ml; 10000unit/ml</i>	1	
<i>neomycin/polymyxin/gramicidin solution 0.025mg/ml; 1.75mg/ml; 10000unit/ml</i>	1	
<i>polycin ointment 500unit/gm; 10000unit/gm</i>	1	
<i>polymyxin b sulfate/trimethoprim sulfate solution 10000unit/ml; 0.1%</i>	1	
RESTASIS MULTIDOSE EMULSION 0.05%	1	
RESTASIS EMULSION 0.05%	1	
ROCKLATAN SOLUTION 0.005%; 0.02%	1	QL(2.5 ML por 25 días)
SIMBRINZA SUSPENSION 0.2%; 1%	1	
<i>sulfacetamide sodium/prednisolone sodium phosphate solution 0.23%; 10%</i>	1	
TOBRADEX ST SUSPENSION 0.05%; 0.3%	1	

ID de formulario: 26383, Fecha efectiva: 02/01/2026

Ultima actualización: 01/02/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>tobramycin/dexamethasone suspension 0.1%; 0.3%</i>	1	
XIIDRA SOLUTION 5%	1	QL(60 EA por 30 días)
ZYLET SUSPENSION 0.5%; 0.3%	1	
Antiinfecciosos oftálmicos		
<i>bacitracin ointment 500unit/gm</i>	1	
BESIVANCE SUSPENSION 0.6%	1	
<i>ciprofloxacin hydrochloride solution 0.3%</i>	1	
<i>erythromycin ointment 5mg/gm</i>	1	
<i>gatifloxacin solution 0.5%</i>	1	
<i>gentamicin sulfate ophthalmic solution 0.3%</i>	1	
<i>levofloxacin ophthalmic solution 0.5%</i>	1	
<i>moxifloxacin hydrochloride solution 0.5%</i>	1	
NATACYN SUSPENSION 5%	1	
<i>ofloxacin ophthalmic solution 0.3%</i>	1	
<i>sulfacetamide sodium ointment 10%</i>	1	
<i>sulfacetamide sodium solution 10%</i>	1	
<i>tobramycin solution 0.3%</i>	1	
<i>trifluridine solution 1%</i>	1	
XDEMVY SOLUTION 0.25%	1	QL(10 ML por 42 días)
ZIRGAN GEL 0.15%	1	
Antiinflamatorios oftálmicos		
<i>bromfenac sodium solution 0.07%</i>	1	QL(12 ML por 365 días)
<i>dexamethasone sodium phosphate solution 0.1%</i>	1	
<i>diclofenac sodium ophthalmic solution 0.1%</i>	1	
FLAREX SUSPENSION 0.1%	1	
<i>flurbiprofen sodium solution 0.03%</i>	1	
<i>ketorolac tromethamine ophthalmic solution 0.5%</i>	1	
LOTEMAX SM GEL 0.38%	1	QL(20 GM por 365 días)
<i>prednisolone acetate suspension 1%</i>	1	
Análogos oftálmicos de prostaglandinas y prostamidas		
<i>latanoprost solution 0.005%</i>	1	
LUMIGAN SOLUTION 0.01%	1	QL(2.5 ML por 25 días)
VYZULTA SOLUTION 0.024%	1	QL(5 ML por 25 días); ST
Agentes para la bipolaridad		
Agentes para la bipolaridad, otros		
IGALMI FILM 120MCG, 180MCG	1	PA NSO
Estabilizadores del estado de ánimo		
<i>lithium carbonate er tablet extended release 300mg, 450mg</i>	1	
<i>lithium carbonate capsule 150mg, 300mg, 600mg</i>	1	
<i>lithium carbonate tablet 300mg</i>	1	
<i>lithium solution 8meq/5ml</i>	1	

ID de formulario: 26383, Fecha efectiva: 02/01/2026

Ultima actualización: 01/02/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
Agentes para tratamientos antiadicción/contra la drogadicción		
Agentes para dejar de fumar		
<i>bupropion hydrochloride er (sr) tablet extended release 12 hour 150mg</i>	1	QL(60 EA por 30 días)
NICOTROL NS SOLUTION 10MG/ML	1	QL(360 ML por 365 días)
TYRVAYA SOLUTION 0.03MG/ACT	1	QL(8.4 ML por 30 días)
<i>varenicline starting month tablet therapy pack 0</i>	1	QL(504 EA por 365 días)
<i>varenicline tartrate tablet 0.5mg, 1mg</i>	1	QL(504 EA por 365 días)
Agentes que revierten los opioides		
KLOXXADO LIQUID 8MG/0.1ML	1	
<i>naloxone hcl injection 4mg/10ml</i>	1	
<i>naloxone hydrochloride injection 0.4mg/ml, 2mg/2ml</i>	1	
<i>naloxone hydrochloride liquid 4mg/0.1ml</i>	1	
OPVEE SOLUTION 2.7MG/0.1ML	1	
Dependencia de opioides		
<i>buprenorphine hcl/naloxone hcl tablet sublingual 2mg; 0.5mg, 8mg; 2mg</i>	1	
<i>buprenorphine hcl tablet sublingual 2mg, 8mg</i>	1	
<i>buprenorphine hydrochloride/naloxone hydrochloride film 12mg; 3mg, 2mg; 0.5mg, 4mg; 1mg, 8mg; 2mg</i>	1	
<i>buprenorphine hydrochloride/naloxone hydrochloride tablet sublingual 2mg; 0.5mg</i>	1	
Disuasivos del alcohol/disminución del deseo		
<i>acamprosate calcium dr tablet delayed release 333mg</i>	1	
<i>disulfiram tablet 250mg, 500mg</i>	1	
<i>naltrexone hydrochloride tablet 50mg</i>	1	
VIVITROL INJECTION 380MG	1	
Agentes para vías respiratorias/pulmonares		
Agentes del tracto respiratorio, otros		
ADVAIR HFA AEROSOL 115MCG/ACT; 21MCG/ACT, 230MCG/ACT; 21MCG/ACT, 45MCG/ACT; 21MCG/ACT	1	QL(24 GM por 30 días)
AIRSUPRA AEROSOL 90MCG/ACT; 80MCG/ACT	1	QL(32.1 GM por 30 días)
ANORO ELLIPTA AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 62.5MCG/ACT; 25MCG/ACT	1	QL(60 EA por 30 días)
BREO ELLIPTA AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100MCG/ACT; 25MCG/ACT, 200MCG/INH; 25MCG/INH, 50MCG/INH; 25MCG/INH	1	QL(60 EA por 30 días)
<i>breyana aerosol 160mcg/act; 4.5mcg/act, 80mcg/act; 4.5mcg/act</i>	1	QL(10.3 GM por 30 días)
BREZTRI AEROSPHERE AEROSOL 160MCG/ACT; 4.8MCG/ACT; 9MCG/ACT	1	QL(23.6 GM por 28 días)

ID de formulario: 26383, Fecha efectiva: 02/01/2026

Ultima actualización: 01/02/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
BRONCHITOL CAPSULE 40MG	1	QL(560 EA por 28 días); PA
<i>budesonide/formoterol fumarate dihydrate aerosol 160mcg/act; 4.5mcg/act, 80mcg/act; 4.5mcg/act</i>	1	QL(10.3 GM por 30 días)
COMBIVENT RESPIMAT AEROSOL SOLUTION 100MCG/ACT; 20MCG/ACT	1	QL(8 GM por 30 días)
DULERA AEROSOL 5MCG/ACT; 50MCG/ACT	1	QL(13 GM por 30 días); PA
DULERA AEROSOL 5MCG/ACT; 100MCG/ACT, 5MCG/ACT; 200MCG/ACT	1	QL(17.6 GM por 30 días); PA
FASENRA PEN INJECTION 30MG/ML	1	QL(1 ML por 28 días); PA
FASENRA INJECTION 10MG/0.5ML	1	QL(0.5 ML por 28 días); PA
FASENRA INJECTION 30MG/ML	1	QL(1 ML por 28 días); PA
<i>fluticasone propionate/salmeterol diskus aerosol powder breath activated 100mcg/act; 50mcg/act, 250mcg/act; 50mcg/act, 500mcg/act; 50mcg/act</i>	1	QL(60 EA por 30 días)
<i>fluticasone propionate/salmeterol aerosol powder breath activated 500mcg/act; 50mcg/act</i>	1	QL(60 EA por 30 días)
<i>ipratropium bromide/albuterol sulfate solution 2.5mg/3ml; 0.5mg/3ml</i>	1	QL(540 ML por 30 días); B/D
NUCALA INJECTION 40MG/0.4ML	1	QL(0.4 ML por 28 días); PA
NUCALA INJECTION 100MG	1	QL(3 EA por 28 días); PA
NUCALA INJECTION 100MG/ML	1	QL(3 ML por 28 días); PA
STIOLTO RESPIMAT AEROSOL SOLUTION 2.5MCG/ACT; 2.5MCG/ACT	1	QL(24 GM por 30 días)
TRELEGY ELLIPTA AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100MCG/ACT; 62.5MCG/ACT; 25MCG/ACT, 200MCG/INH; 62.5MCG/INH; 25MCG/INH	1	QL(60 EA por 30 días)
<i>wixela inhub aerosol powder breath activated 100mcg/act; 50mcg/act, 250mcg/act; 50mcg/act, 500mcg/act; 50mcg/act</i>	1	QL(60 EA por 30 días)
Agentes para fibrosis pulmonar		
OFEV CAPSULE 100MG, 150MG	1	PA
<i>pirfenidone capsule 267mg</i>	1	PA
PIRFENIDONE TABLET 534MG	1	PA
<i>pirfenidone tablet 267mg, 801mg</i>	1	PA
Agentes para fibrosis quística		
CAYSTON SOLUTION RECONSTITUTED 75MG	1	PA
KALYDECO PACKET 13.4MG, 25MG, 5.8MG, 50MG, 75MG	1	QL(56 EA por 28 días); PA

ID de formulario: 26383, Fecha efectiva: 02/01/2026

Ultima actualización: 01/02/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
KALYDECO TABLET 150MG	1	QL(60 EA por 30 días); PA
ORKAMBI TABLET 125MG; 100MG, 125MG; 200MG	1	QL(112 EA por 28 días); PA
PULMOZYME SOLUTION 2.5MG/2.5ML	1	PA
<i>tobramycin nebulization solution 300mg/5ml</i>	1	B/D
TRIKAFTA TABLET THERAPY PACK 100MG; 0; 50MG	1	QL(84 EA por 28 días); PA
Antihipertensivos pulmonares		
ADEMPAS TABLET 0.5MG, 1.5MG, 1MG, 2.5MG, 2MG	1	QL(90 EA por 30 días); PA
<i>alyq tablet 20mg</i>	1	QL(60 EA por 30 días); PA
<i>ambrisentan tablet 10mg, 5mg</i>	1	QL(30 EA por 30 días); PA
OPSUMIT TABLET 10MG	1	QL(30 EA por 30 días); PA
ORENITRAM TITRATION KIT MONTH 1 TABLET EXTENDED RELEASE THERAPY PACK 0	1	QL(336 EA por 365 días); PA
ORENITRAM TITRATION KIT MONTH 2 TABLET EXTENDED RELEASE THERAPY PACK 0	1	QL(672 EA por 365 días); PA
ORENITRAM TITRATION KIT MONTH 3 TABLET EXTENDED RELEASE THERAPY PACK 0	1	QL(504 EA por 365 días); PA
ORENITRAM TABLET EXTENDED RELEASE 0.125MG, 0.25MG, 1MG, 2.5MG, 5MG	1	PA
<i>sildenafil citrate tablet 20mg</i>	1	QL(90 EA por 30 días); PA; (20mg)
<i>tadalafil tablet 20mg</i>	1	QL(60 EA por 30 días); PA
VENTAVIS SOLUTION 10MCG/ML, 20MCG/ML	1	QL(270 ML por 30 días); PA
WINREVAIR INJECTION 0, 45MG, 60MG	1	QL(1 EA por 21 días); PA
Antihistamínicos		
<i>azelastine hcl nasal solution 0.15%</i>	1	QL(60 ML por 30 días)
<i>azelastine hydrochloride solution 0.1%</i>	1	QL(60 ML por 30 días)
<i>cetirizine hydrochloride solution 5mg/5ml</i>	1	
<i>cypheptadine hydrochloride tablet 4mg</i>	1	
<i>diphenhydramine hydrochloride injection 50mg/ml</i>	1	
<i>hydroxyzine hcl tablet 50mg</i>	1	
<i>hydroxyzine hydrochloride syrup 10mg/5ml</i>	1	
<i>hydroxyzine hydrochloride tablet 10mg, 25mg</i>	1	
<i>hydroxyzine pamoate capsule 100mg, 25mg, 50mg</i>	1	

ID de formulario: 26383, Fecha efectiva: 02/01/2026

Ultima actualización: 01/02/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>levocetirizine dihydrochloride tablet 5mg</i>	1	
Antiinflamatorios, corticosteroides inhalados		
ARNUITY ELLIPTA AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100MCG/ACT, 200MCG/ACT, 50MCG/ACT	1	QL(30 EA por 30 días)
<i>budesonide suspension 0.25mg/2ml, 0.5mg/2ml, 1mg/2ml</i>	1	QL(120 ML por 30 días); B/D
<i>fluticasone propionate suspension 50mcg/act</i>	1	
<i>mometasone furoate suspension 50mcg/act</i>	1	QL(34 GM por 30 días)
QVAR REDHALER AEROSOL BREATH ACTIVATED 40MCG/ACT, 80MCG/ACT	1	QL(21.2 GM por 30 días)
Antileucotrienos		
<i>montelukast sodium packet 4mg</i>	1	
<i>montelukast sodium tablet chewable 4mg, 5mg</i>	1	
<i>montelukast sodium tablet 10mg</i>	1	
<i>zafirlukast tablet 10mg, 20mg</i>	1	
Broncodilatadores, anticolinérgicos		
ATROVENT HFA AEROSOL SOLUTION 17MCG/ACT	1	QL(25.8 GM por 30 días)
INCRUSE ELLIPTA AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 62.5MCG/INH	1	QL(30 EA por 30 días)
<i>ipratropium bromide nasal solution 0.03%, 0.06%</i>	1	
<i>ipratropium bromide inhalation solution 0.02%</i>	1	QL(312.5 ML por 30 días); B/D
SPIRIVA RESPIMAT AEROSOL SOLUTION 2.5MCG/ACT	1	
SPIRIVA RESPIMAT AEROSOL SOLUTION 1.25MCG/ACT	1	QL(8 GM por 30 días)
<i>tiotropium bromide capsule 18mcg</i>	1	QL(30 EA por 30 días)
YUPELRI SOLUTION 175MCG/3ML	1	QL(90 ML por 30 días); B/D
Broncodilatadores, simpaticomimético		
<i>albuterol sulfate hfa aerosol solution 108mcg/act</i>	1	QL(13.4 GM por 30 días); (6.7 GM Pack Size)
<i>albuterol sulfate hfa aerosol solution 108mcg/act</i>	1	QL(17 GM por 30 días); (8.5 GM Pack Size)
<i>albuterol sulfate hfa aerosol solution 108mcg/act</i>	1	QL(48 GM por 30 días); (18 GM Pack Size)
<i>albuterol sulfate nebulization solution 2.5mg/0.5ml</i>	1	QL(100 EA por 30 días); B/D
<i>albuterol sulfate nebulization solution 0.63mg/3ml, 1.25mg/3ml</i>	1	QL(375 ML por 30 días); B/D
<i>albuterol sulfate nebulization solution 0.083%</i>	1	QL(525 ML por 30 días); B/D

ID de formulario: 26383, Fecha efectiva: 02/01/2026

Ultima actualización: 01/02/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>arformoterol tartrate nebulization solution 15mcg/2ml</i>	1	QL(120 ML por 30 días); PA
<i>epinephrine injection 0.15mg/0.15ml, 0.15mg/0.3ml</i>	1	
<i>epinephrine injection 0.3mg/0.3ml</i>	1	Applies to product manufactured by Mylan Specialty L.P. Only
<i>epinephrine injection 0.3mg/0.3ml</i>	1	Applies to products manufactured by Impax or Lineage Therapeutics
<i>levalbuterol hydrochloride nebulization solution 0.63mg/3ml</i>	1	QL(540 ML por 30 días); B/D
<i>levalbuterol tartrate hfa aerosol 45mcg/act</i>	1	QL(30 GM por 30 días)
PROAIR RESPICLICK AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 108MCG/ACT	1	QL(2 EA por 30 días)
SEREVENT DISKUS AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 50MCG/DOSE	1	QL(60 EA por 30 días)
Estabilizadores de mastocitos		
<i>cromolyn sodium nebulization solution 20mg/2ml</i>	1	B/D
Inhibidores de la fosfodiesterasa, enfermedad de las vías respiratorias		
<i>roflumilast tablet 250mcg, 500mcg</i>	1	PA
<i>theophylline er tablet extended release 12 hour 300mg, 450mg</i>	1	
<i>theophylline er tablet extended release 24 hour 400mg, 600mg</i>	1	
Agentes Terapéuticos, Misceláneos		
Agentes Terapéuticos, Misceláneos		
ALCOHOL PREP PADS PAD 70%	1	
B-D INSULIN SYRINGE ULTRAFINE II/0.3ML/31G X 5/16" MISCELLANEOUS	1	QL(200 EA por 30 días)
BD INSULIN SYRINGE SAFETYGLIDE/1ML/29G X 1/2" MISCELLANEOUS	1	QL(200 EA por 30 días)
BD INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE/0.5ML/30G X 12.7MM MISCELLANEOUS	1	QL(200 EA por 30 días)
BD INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE/1ML/31G X 8MM MISCELLANEOUS	1	QL(200 EA por 30 días)
BD INSULIN SYRINGE/1ML/29G X 12.7MM MISCELLANEOUS	1	QL(200 EA por 30 días)
BD PEN NEEDLE/ORIGINAL/ULTRA-FINE/29G X 12.7MM MISCELLANEOUS	1	QL(200 EA por 30 días)
BD VEO INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE/0.3ML/31G X 6MM MISCELLANEOUS	1	QL(200 EA por 30 días)
CURITY GAUZE PADS 2"X2" 12 PLY PAD	1	

ID de formulario: 26383, Fecha efectiva: 02/01/2026

Ultima actualización: 01/02/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE/0.3ML/31G X 1/2" MISCELLANEOUS	1	QL(200 EA por 30 días)
EASY COMFORT PEN NEEDLES 29GX4MM MISCELLANEOUS	1	QL(200 EA por 30 días)
ELLA TABLET 30MG	1	
NUTRILIPID INJECTION 20GM/100ML	1	B/D
OMNIPOD 5 DEXCOM G7G6 INTRO KIT (GEN 5) KIT	1	QL(1 EA por 365 días)
OMNIPOD 5 DEXCOM G7G6 PODS (GEN 5) MISCELLANEOUS	1	QL(30 EA por 30 días)
OMNIPOD 5 G7 INTRO KIT (GEN 5) KIT	1	QL(1 EA por 365 días)
OMNIPOD 5 G7 PODS (GEN 5) MISCELLANEOUS	1	QL(30 EA por 30 días)
OMNIPOD 5 LIBRE2 PLUS G6 INTRO GEN 5 KIT	1	QL(1 EA por 365 días)
OMNIPOD 5 LIBRE2 PLUS G6 PODS MISCELLANEOUS	1	QL(30 EA por 30 días)
OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3) MISCELLANEOUS	1	QL(30 EA por 30 días)
OMNIPOD DASH INTRO KIT (GEN 4) KIT	1	QL(1 EA por 365 días)
OMNIPOD DASH PDM KIT (GEN 4) KIT	1	QL(1 EA por 365 días)
OMNIPOD DASH PODS (GEN 4) MISCELLANEOUS	1	QL(30 EA por 30 días)
OMNIPOD GO 10 UNITS/DAY KIT	1	QL(10 EA por 30 días)
OMNIPOD GO 15 UNITS/DAY KIT	1	QL(10 EA por 30 días)
OMNIPOD GO 20 UNITS/DAY KIT	1	QL(10 EA por 30 días)
OMNIPOD GO 25 UNITS/DAY KIT	1	QL(10 EA por 30 días)
OMNIPOD GO 30 UNITS/DAY KIT	1	QL(10 EA por 30 días)
OMNIPOD GO 35 UNITS/DAY KIT	1	QL(10 EA por 30 días)
OMNIPOD GO 40 UNITS/DAY KIT	1	QL(10 EA por 30 días)
RIVFLOZA INJECTION 128MG/0.8ML	1	QL(0.8 ML por 28 días); PA
RIVFLOZA INJECTION 160MG/ML, 80MG/0.5ML	1	QL(1 ML por 28 días); PA
SKYCLARYS CAPSULE 50MG	1	QL(90 EA por 30 días); PA
<i>sodium chloride 0.9% solution 0.9%</i>	1	
V-GO 20 KIT	1	
V-GO 30 KIT	1	
V-GO 40 KIT	1	
VISTOGARD PACKET 10GM	1	
ZOKINVY CAPSULE 50MG, 75MG	1	QL(120 EA por 30 días); PA
Agentes óticos		
Agentes óticos		
<i>acetic acid solution 2%</i>	1	
<i>neomycin/polymyxin/hc solution 1%; 3.5mg/ml; 10000unit/ml</i>	1	
<i>neomycin/polymyxin/hydrocortisone suspension 1%; 3.5mg/ml; 10000unit/ml</i>	1	

ID de formulario: 26383, Fecha efectiva: 02/01/2026

Ultima actualización: 01/02/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>ofloxacin otic solution 0.3%</i>	1	
Analgésicos		
<i>Analgésicos opioides, de acción prolongada</i>		
<i>buprenorphine patch weekly 10mcg/hr, 15mcg/hr, 20mcg/hr, 5mcg/hr, 7.5mcg/hr</i>	1	QL(4 EA por 28 días); NDS
<i>fentanyl patch 72 hour 100mcg/hr, 12mcg/hr, 25mcg/hr, 50mcg/hr, 75mcg/hr</i>	1	NDS
<i>methadone hcl solution 5mg/5ml</i>	1	NDS
<i>methadone hcl tablet 10mg, 5mg</i>	1	NDS
<i>methadone hydrochloride intensol concentrate 10mg/ml</i>	1	NDS
<i>methadone hydrochloride concentrate 10mg/ml</i>	1	NDS
<i>methadone hydrochloride solution 10mg/5ml</i>	1	NDS
<i>morphine sulfate er tablet extended release 100mg, 15mg, 200mg, 30mg, 60mg</i>	1	NDS
<i>XTAMPZA ER CAPSULE ER 12 HOUR ABUSE-DETERRENT 13.5MG, 18MG, 27MG, 36MG, 9MG</i>	1	NDS
<i>Analgésicos opioides, de acción rápida</i>		
<i>acetaminophen/codeine phosphate tablet 300mg; 60mg</i>	1	NDS
<i>acetaminophen/codeine solution 120mg/5ml; 12mg/5ml</i>	1	NDS
<i>acetaminophen/codeine tablet 300mg; 15mg, 300mg; 30mg, 300mg; 60mg</i>	1	NDS
<i>endocet tablet 325mg; 10mg, 325mg; 2.5mg, 325mg; 5mg, 325mg; 7.5mg</i>	1	NDS
<i>fentanyl citrate oral transmucosal lozenge on a handle 1200mcg, 1600mcg, 200mcg, 400mcg, 600mcg, 800mcg</i>	1	PA; NDS
<i>hydrocodone bitartrate/acetaminophen solution 325mg/15ml; 7.5mg/15ml</i>	1	NDS
<i>hydrocodone bitartrate/acetaminophen tablet 325mg; 10mg, 325mg; 2.5mg, 325mg; 5mg</i>	1	NDS
<i>hydrocodone/acetaminophen tablet 325mg; 7.5mg</i>	1	NDS
<i>hydromorphone hcl injection 10mg/ml, 1mg/ml, 4mg/ml</i>	1	NDS
<i>hydromorphone hcl tablet 2mg, 4mg, 8mg</i>	1	NDS
<i>hydromorphone hydrochloride injection 1mg/ml, 2mg/ml, 50mg/5ml</i>	1	NDS
<i>morphine sulfate injection 10mg/ml, 4mg/ml</i>	1	NDS
<i>morphine sulfate oral solution 100mg/5ml, 10mg/5ml, 20mg/5ml</i>	1	NDS
<i>morphine sulfate tablet 15mg, 30mg</i>	1	NDS
<i>oxycodone hydrochloride solution 5mg/5ml</i>	1	NDS
<i>oxycodone hydrochloride tablet 10mg, 15mg, 20mg, 30mg, 5mg</i>	1	NDS

ID de formulario: 26383, Fecha efectiva: 02/01/2026

Ultima actualización: 01/02/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>oxycodone/acetaminophen tablet 325mg; 10mg, 325mg; 2.5mg, 325mg; 5mg, 325mg; 7.5mg</i>	1	NDS
<i>tramadol hydrochloride/acetaminophen tablet 325mg; 37.5mg</i>	1	NDS
<i>tramadol hydrochloride tablet 50mg</i>	1	NDS
Analgésicos		
JOURNAVX TABLET 50MG	1	QL(30 EA por 90 días)
Medicamentos antiinflamatorios no esteroideos		
<i>celecoxib capsule 100mg, 200mg, 400mg, 50mg</i>	1	QL(60 EA por 30 días)
<i>diclofenac sodium dr tablet delayed release 25mg, 50mg, 75mg</i>	1	
<i>diclofenac sodium gel 1%</i>	1	QL(1000 GM por 30 días)
<i>diclofenac sodium external solution 1.5%</i>	1	PA
<i>ec-naproxen tablet delayed release 500mg</i>	1	
<i>flurbiprofen tablet 100mg, 50mg</i>	1	
<i>ibuprofen suspension 100mg/5ml</i>	1	
<i>ibuprofen tablet 400mg, 600mg, 800mg</i>	1	
<i>ibu tablet 400mg, 600mg, 800mg</i>	1	
<i>indomethacin er capsule extended release 75mg</i>	1	
<i>indomethacin capsule 25mg, 50mg</i>	1	
<i>ketorolac tromethamine injection 15mg/ml, 30mg/ml</i>	1	
<i>ketorolac tromethamine tablet 10mg</i>	1	QL(20 EA por 30 días)
<i>meloxicam tablet 15mg, 7.5mg</i>	1	
<i>nabumetone tablet 500mg, 750mg</i>	1	
<i>naproxen dr tablet delayed release 500mg</i>	1	
<i>naproxen tablet delayed release 500mg</i>	1	
<i>naproxen tablet 250mg, 375mg, 500mg</i>	1	
<i>oxaprozin tablet 600mg</i>	1	
<i>piroxicam capsule 10mg, 20mg</i>	1	
<i>sulindac tablet 150mg, 200mg</i>	1	
Anestésicos		
Anestésicos locales		
<i>lidocaine hydrochloride injection 1%</i>	1	
<i>lidocaine/prilocaine cream 2.5%; 2.5%</i>	1	QL(30 GM por 30 días); PA
<i>lidocaine ointment 5%</i>	1	QL(150 GM por 30 días); PA
<i>lidocaine patch 5%</i>	1	PA
Ansiolíticos		
Ansiolíticos, otros		
<i>bupirone hcl tablet 15mg</i>	1	
<i>bupirone hydrochloride tablet 10mg, 30mg, 5mg, 7.5mg</i>	1	
Benzodiazepinas		

ID de formulario: 26383, Fecha efectiva: 02/01/2026

Ultima actualización: 01/02/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>alprazolam tablet 0.25mg, 0.5mg, 1mg</i>	1	QL(120 EA por 30 días)
<i>alprazolam tablet 2mg</i>	1	QL(150 EA por 30 días)
<i>clorazepate dipotassium tablet 15mg</i>	1	QL(180 EA por 30 días)
<i>clorazepate dipotassium tablet 7.5mg</i>	1	QL(360 EA por 30 días)
<i>clorazepate dipotassium tablet 3.75mg</i>	1	QL(720 EA por 30 días)
<i>diazepam intensol concentrate 5mg/ml</i>	1	
<i>diazepam concentrate 5mg/ml</i>	1	
<i>diazepam solution 5mg/5ml</i>	1	
<i>diazepam tablet 10mg</i>	1	QL(120 EA por 30 días)
<i>diazepam tablet 5mg</i>	1	QL(240 EA por 30 días)
<i>diazepam tablet 2mg</i>	1	QL(300 EA por 30 días)
<i>lorazepam intensol concentrate 2mg/ml</i>	1	
<i>lorazepam tablet 2mg</i>	1	QL(150 EA por 30 días)
<i>lorazepam tablet 0.5mg, 1mg</i>	1	QL(90 EA por 30 días)
Antibacterianos		
Aminoglicósidos		
<i>amikacin sulfate injection 1gm/4ml, 500mg/2ml</i>	1	
<i>arikayce suspension 590mg/8.4ml</i>	1	PA
<i>gentamicin sulfate pediatric injection 10mg/ml</i>	1	
<i>gentamicin sulfate cream 0.1%</i>	1	
<i>gentamicin sulfate injection 40mg/ml</i>	1	
<i>gentamicin sulfate ointment 0.1%</i>	1	
HUMATIN CAPSULE 250MG	1	
<i>neomycin sulfate tablet 500mg</i>	1	
<i>streptomycin sulfate injection 1gm</i>	1	
<i>tobramycin sulfate injection 1.2gm/30ml, 1.2gm, 10mg/ml, 40mg/ml, 80mg/2ml</i>	1	
Antibacterianos, otros		
<i>aztreonam injection 1gm, 2gm</i>	1	
<i>clindacin etz pledgets swab 1%</i>	1	
<i>clindacin-p swab 1%</i>	1	
<i>clindamycin hcl capsule 300mg</i>	1	
<i>clindamycin hydrochloride capsule 150mg, 75mg</i>	1	
<i>clindamycin palmitate hydrochloride solution reconstituted 75mg/5ml</i>	1	
<i>clindamycin phosphate cream 2%</i>	1	
<i>clindamycin phosphate injection 300mg/2ml, 600mg/4ml, 900mg/6ml</i>	1	
<i>clindamycin phosphate swab 1%</i>	1	
<i>colistimethate sodium injection 150mg</i>	1	

ID de formulario: 26383, Fecha efectiva: 02/01/2026

Ultima actualización: 01/02/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
DAPTOMYCIN/SODIUM CHLORIDE INJECTION 350MG/50ML; 0.9%, 500MG/50ML; 0.9%, 700MG/100ML; 0.9%	1	
<i>daptomycin/sodium chloride injection 1000mg/100ml; 0.9%</i>	1	
<i>daptomycin injection 350mg, 500mg</i>	1	
<i>fosfomycin tromethamine packet 3gm</i>	1	
IMPAVIDO CAPSULE 50MG	1	
<i>linezolid injection 600mg/300ml</i>	1	
<i>linezolid suspension reconstituted 100mg/5ml</i>	1	QL(1800 ML por 28 días)
<i>linezolid tablet 600mg</i>	1	QL(56 EA por 28 días)
<i>metronidazole vaginal gel 0.75%</i>	1	
<i>metronidazole injection 500mg/100ml</i>	1	
<i>metronidazole tablet 250mg, 500mg</i>	1	
<i>nitrofurantoin macrocrystals capsule 100mg, 50mg</i>	1	
<i>nitrofurantoin monohydrate/macrocrystals capsule 100mg</i>	1	
<i>nitrofurantoin monohydrate capsule 100mg</i>	1	
<i>tigecycline injection 50mg</i>	1	
<i>tinidazole tablet 250mg, 500mg</i>	1	
<i>trimethoprim tablet 100mg</i>	1	
<i>vancomycin hcl injection 10gm</i>	1	
<i>vancomycin hydrochloride capsule 125mg</i>	1	QL(120 EA por 30 días)
<i>vancomycin hydrochloride capsule 250mg</i>	1	QL(240 EA por 30 días)
VANCOMYCIN HYDROCHLORIDE INJECTION 1.75GM, 2GM	1	
<i>vancomycin hydrochloride injection 1gm, 500mg, 750mg</i>	1	
VOQUEZNA DUAL PAK THERAPY PACK 500MG; 20MG	1	PA
VOQUEZNA TRIPLE PAK THERAPY PACK 500MG; 500MG; 20MG	1	PA
Betalactámico, cefalosporinas		
<i>cefaclor capsule 250mg, 500mg</i>	1	
<i>cefadroxil capsule 500mg</i>	1	
<i>cefadroxil suspension reconstituted 250mg/5ml, 500mg/5ml</i>	1	
<i>cefazolin sodium injection 10gm, 1gm, 500mg</i>	1	
CEFAZOLIN INJECTION 2GM, 3GM	1	
<i>cefdinir capsule 300mg</i>	1	
<i>cefdinir suspension reconstituted 125mg/5ml, 250mg/5ml</i>	1	
<i>cefepime hydrochloride injection 100gm, 2gm</i>	1	
<i>cefepime/dextrose injection 2gm/50ml; 5%</i>	1	
<i>cefepime injection 1gm/50ml, 1gm, 2gm/100ml, 2gm</i>	1	
<i>cefixime capsule 400mg</i>	1	
<i>cefotaxime sodium injection 1gm, 2gm</i>	1	
<i>cefotetan injection 1gm, 2gm</i>	1	

ID de formulario: 26383, Fecha efectiva: 02/01/2026

Ultima actualización: 01/02/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>cefotixin sodium injection 10gm, 1gm, 2gm</i>	1	
<i>cefprozil proxetil suspension reconstituted 100mg/5ml, 50mg/5ml</i>	1	
<i>cefprozil proxetil tablet 100mg, 200mg</i>	1	
<i>cefprozil suspension reconstituted 125mg/5ml, 250mg/5ml</i>	1	
<i>cefprozil tablet 250mg, 500mg</i>	1	
<i>ceftazidime injection 1gm, 2gm, 6gm</i>	1	
<i>ceftriaxone sodium injection 10gm, 1gm, 250mg, 2gm, 500mg</i>	1	
<i>cefuroxime axetil tablet 250mg, 500mg</i>	1	
<i>cefuroxime sodium injection 1.5gm, 750mg</i>	1	
<i>cephalexin capsule 250mg, 500mg</i>	1	
<i>cephalexin suspension reconstituted 125mg/5ml, 250mg/5ml</i>	1	
TAZICEF INJECTION 6GM	1	
<i>tazicef injection 1gm, 2gm</i>	1	
TEFLARO INJECTION 400MG, 600MG	1	
Betalactámico, penicilinas		
<i>amoxicillin/clavulanate potassium er tablet extended release 12 hour 1000mg; 62.5mg</i>	1	
<i>amoxicillin/clavulanate potassium suspension reconstituted 200mg/5ml; 28.5mg/5ml, 250mg/5ml; 62.5mg/5ml, 400mg/5ml; 57mg/5ml, 600mg/5ml; 42.9mg/5ml</i>	1	
<i>amoxicillin/clavulanate potassium tablet chewable 200mg; 28.5mg, 400mg; 57mg</i>	1	
<i>amoxicillin/clavulanate potassium tablet 250mg; 125mg, 500mg; 125mg, 875mg; 125mg</i>	1	
<i>amoxicillin capsule 250mg, 500mg</i>	1	
<i>amoxicillin suspension reconstituted 125mg/5ml, 200mg/5ml, 250mg/5ml, 400mg/5ml</i>	1	
<i>amoxicillin tablet chewable 125mg, 250mg</i>	1	
<i>amoxicillin tablet 500mg, 875mg</i>	1	
<i>ampicillin sodium injection 10gm, 125mg, 1gm, 2gm</i>	1	
<i>ampicillin-sulbactam injection 10gm; 5gm, 1gm; 0.5gm, 2gm; 1gm</i>	1	
<i>ampicillin/sulbactam injection 2gm; 1gm</i>	1	
<i>ampicillin capsule 500mg</i>	1	
AUGMENTIN SUSPENSION RECONSTITUTED 125MG/5ML; 31.25MG/5ML	1	
BICILLIN L-A INJECTION 1200000UNIT/2ML, 2400000UNIT/4ML, 600000UNIT/ML	1	
<i>dicloxacillin sodium capsule 250mg, 500mg</i>	1	
<i>naftcilin sodium injection 10gm, 1gm, 2gm</i>	1	
<i>penicillin g sodium injection 5000000unit</i>	1	

ID de formulario: 26383, Fecha efectiva: 02/01/2026

Ultima actualización: 01/02/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>penicillin v potassium solution reconstituted 125mg/5ml, 250mg/5ml</i>	1	
<i>penicillin v potassium tablet 250mg, 500mg</i>	1	
<i>piperacillin sodium/tazobactam sodium injection 2gm; 0.25gm, 36gm; 4.5gm, 3gm; 0.375gm, 4gm; 0.5gm</i>	1	
Carbapenemas		
<i>ertapenem sodium injection 1gm</i>	1	
<i>imipenem/cilastatin injection 250mg; 250mg, 500mg; 500mg</i>	1	
<i>meropenem injection 1gm, 2gm, 500mg</i>	1	
Macrólidos		
<i>azithromycin injection 500mg</i>	1	
<i>azithromycin packet 1gm</i>	1	
<i>azithromycin suspension reconstituted 100mg/5ml, 200mg/5ml</i>	1	
<i>azithromycin tablet 250mg, 500mg, 600mg</i>	1	
<i>clarithromycin er tablet extended release 24 hour 500mg</i>	1	
<i>clarithromycin suspension reconstituted 125mg/5ml, 250mg/5ml</i>	1	
<i>clarithromycin tablet 250mg, 500mg</i>	1	
DIFICID TABLET 200MG	1	
<i>erythromycin dr tablet delayed release 250mg, 333mg, 500mg</i>	1	
<i>fidaxomicin tablet 200mg</i>	1	
Quinolonas		
<i>ciprofloxacin hcl tablet 750mg</i>	1	
<i>ciprofloxacin hydrochloride tablet 250mg, 500mg</i>	1	
<i>ciprofloxacin i.v.-in d5w injection 200mg/100ml; 5%, 400mg/200ml; 5%</i>	1	
<i>levofloxacin in d5w injection 5%; 250mg/50ml, 5%; 500mg/100ml, 5%; 750mg/150ml</i>	1	
<i>levofloxacin injection 25mg/ml</i>	1	
<i>levofloxacin oral solution 25mg/ml</i>	1	
<i>levofloxacin tablet 250mg, 500mg, 750mg</i>	1	
<i>moxifloxacin hydrochloride/sodium hydrochloride injection 400mg/250ml; 0.8%</i>	1	
<i>moxifloxacin hydrochloride tablet 400mg</i>	1	
Sulfonamidas		
<i>sulfadiazine tablet 500mg</i>	1	
<i>sulfamethoxazole/trimethoprim ds tablet 800mg; 160mg</i>	1	
<i>sulfamethoxazole/trimethoprim suspension 200mg/5ml; 40mg/5ml</i>	1	
<i>sulfamethoxazole/trimethoprim tablet 400mg; 80mg</i>	1	
Tetraciclinas		
<i>demeclocycline hcl tablet 150mg, 300mg</i>	1	

ID de formulario: 26383, Fecha efectiva: 02/01/2026

Ultima actualización: 01/02/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>demeclocycline hydrochloride tablet 300mg</i>	1	
<i>doxycycline hyclate capsule 100mg, 50mg</i>	1	
<i>doxycycline hyclate injection 100mg</i>	1	
<i>doxycycline hyclate tablet 100mg</i>	1	
<i>doxycycline monohydrate capsule 100mg, 50mg</i>	1	
<i>doxycycline monohydrate tablet 100mg, 150mg, 50mg, 75mg</i>	1	
<i>doxycycline suspension reconstituted 25mg/5ml</i>	1	
<i>minocycline hcl capsule 75mg</i>	1	
<i>minocycline hydrochloride capsule 100mg, 50mg</i>	1	
<i>tetracycline hydrochloride capsule 250mg, 500mg</i>	1	
Anticonvulsivos		
Agentes de modificación de los canales de calcio		
<i>ethosuximide capsule 250mg</i>	1	
<i>ethosuximide solution 250mg/5ml</i>	1	
<i>methsuximide capsule 300mg</i>	1	
Agentes moduladores del ácido gamma-aminobutírico (gamma-aminobutyric acid, GABA)		
<i>clobazam suspension 2.5mg/ml</i>	1	
<i>clobazam tablet 10mg, 20mg</i>	1	
<i>clonazepam odt tablet disintegrating 2mg</i>	1	QL(300 EA por 30 días)
<i>clonazepam odt tablet disintegrating 0.125mg, 0.25mg, 0.5mg, 1mg</i>	1	QL(90 EA por 30 días)
<i>clonazepam tablet 2mg</i>	1	QL(300 EA por 30 días)
<i>clonazepam tablet 0.5mg, 1mg</i>	1	QL(90 EA por 30 días)
DIACOMIT CAPSULE 250MG, 500MG	1	PA NSO
DIACOMIT PACKET 250MG, 500MG	1	PA NSO
<i>diazepam rectal gel 10mg, 2.5mg, 20mg</i>	1	
<i>divalproex sodium dr capsule delayed release sprinkle 125mg</i>	1	
<i>divalproex sodium dr tablet delayed release 125mg, 250mg, 500mg</i>	1	
<i>divalproex sodium er tablet extended release 24 hour 250mg, 500mg</i>	1	
<i>gabapentin capsule 400mg</i>	1	QL(270 EA por 30 días)
<i>gabapentin capsule 100mg, 300mg</i>	1	QL(360 EA por 30 días)
<i>gabapentin solution 250mg/5ml</i>	1	QL(2160 ML por 30 días)
<i>gabapentin tablet 800mg</i>	1	QL(150 EA por 30 días)
<i>gabapentin tablet 600mg</i>	1	QL(180 EA por 30 días)
LIBERVANT FILM 10MG, 12.5MG, 15MG, 5MG, 7.5MG	1	QL(10 EA por 30 días)
<i>phenobarbital elixir 20mg/5ml</i>	1	
<i>phenobarbital tablet 100mg, 15mg, 16.2mg, 30mg, 32.4mg, 60mg, 64.8mg, 97.2mg</i>	1	
<i>pregabalin capsule 300mg</i>	1	QL(60 EA por 30 días)

ID de formulario: 26383, Fecha efectiva: 02/01/2026

Ultima actualización: 01/02/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>pregabalin capsule 100mg, 150mg, 200mg, 225mg, 25mg, 50mg, 75mg</i>	1	QL(90 EA por 30 días)
<i>pregabalin solution 20mg/ml</i>	1	QL(900 ML por 30 días)
<i>primidone tablet 125mg, 250mg, 50mg</i>	1	
SYMPAZAN FILM 10MG, 20MG, 5MG	1	
<i>tiagabine hydrochloride tablet 12mg, 16mg, 2mg, 4mg</i>	1	
VALTOCO 10 MG DOSE LIQUID 10MG/0.1ML	1	QL(10 EA por 30 días)
VALTOCO 15 MG DOSE LIQUID THERAPY PACK 7.5MG/0.1ML	1	QL(10 EA por 30 días)
VALTOCO 20 MG DOSE LIQUID THERAPY PACK 10MG/0.1ML	1	QL(10 EA por 30 días)
VALTOCO 5 MG DOSE LIQUID 5MG/0.1ML	1	QL(10 EA por 30 días)
<i>vigabatrin packet 500mg</i>	1	PA NSO
<i>vigabatrin tablet 500mg</i>	1	PA NSO
<i>vigadrone packet 500mg</i>	1	PA NSO
<i>vigadrone tablet 500mg</i>	1	PA NSO
VIGAFYDE SOLUTION 100MG/ML	1	PA NSO
<i>vigpoder packet 500mg</i>	1	PA NSO
ZTALMY SUSPENSION 50MG/ML	1	PA NSO
Agentes para los canales de sodio		
<i>carbamazepine er capsule extended release 12 hour 100mg, 200mg, 300mg</i>	1	
<i>carbamazepine er tablet extended release 12 hour 100mg, 200mg, 400mg</i>	1	
<i>carbamazepine suspension 100mg/5ml</i>	1	
<i>carbamazepine tablet chewable 100mg, 200mg</i>	1	
<i>carbamazepine tablet 200mg</i>	1	
DILANTIN CAPSULE 30MG	1	
<i>epitol tablet 200mg</i>	1	
<i>eslicarbazepine acetate tablet 200mg, 400mg, 600mg, 800mg</i>	1	
<i>lacosamide solution 10mg/ml</i>	1	
<i>lacosamide tablet 100mg, 150mg, 200mg, 50mg</i>	1	
<i>oxcarbazepine suspension 300mg/5ml</i>	1	
<i>oxcarbazepine tablet 150mg, 300mg, 600mg</i>	1	
PHENYTEK CAPSULE 200MG, 300MG	1	
<i>phenytoin sodium extended capsule 100mg, 200mg, 300mg</i>	1	
<i>phenytoin suspension 125mg/5ml</i>	1	
<i>phenytoin tablet chewable 50mg</i>	1	
<i>rufinamide suspension 40mg/ml</i>	1	
<i>rufinamide tablet 200mg, 400mg</i>	1	
XCOPRI TABLET THERAPY PACK 0	1	PA NSO
XCOPRI TABLET 100MG, 150MG, 200MG, 25MG, 50MG	1	PA NSO

ID de formulario: 26383, Fecha efectiva: 02/01/2026

Ultima actualización: 01/02/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
ZONISADE SUSPENSION 100MG/5ML	1	ST NSO
zonisamide capsule 100mg, 25mg, 50mg	1	
Anticonvulsivos, otros		
BRIVIACT SOLUTION 10MG/ML	1	PA NSO
BRIVIACT TABLET 100MG, 10MG, 25MG, 50MG, 75MG	1	PA NSO
EPIDIOLEX SOLUTION 100MG/ML	1	PA NSO
EPRONTIA SOLUTION 25MG/ML	1	
felbamate suspension 600mg/5ml	1	
felbamate tablet 400mg, 600mg	1	
FINTEPLA SOLUTION 2.2MG/ML	1	PA NSO
FYCOMPA SUSPENSION 0.5MG/ML	1	
FYCOMPA TABLET 10MG, 12MG, 2MG, 4MG, 6MG, 8MG	1	
lamotrigine starter kit/blue kit 25mg	1	
lamotrigine starter kit/green kit 0	1	
lamotrigine starter kit/orange kit 0	1	
lamotrigine tablet chewable 25mg, 5mg	1	
lamotrigine tablet 100mg, 150mg, 200mg, 25mg	1	
levetiracetam er tablet extended release 24 hour 500mg, 750mg	1	
levetiracetam solution 100mg/ml	1	
LEVETIRACETAM TABLET DISINTEGRATING SOLUBLE 250MG	1	
levetiracetam tablet 1000mg, 250mg, 500mg, 750mg	1	
NAYZILAM SOLUTION 5MG/0.1ML	1	QL(10 EA por 30 días)
perampanel suspension 0.5mg/ml	1	
perampanel tablet 10mg, 12mg, 2mg, 4mg, 6mg, 8mg	1	
roweepra tablet 500mg	1	
SPRITAM TABLET DISINTEGRATING SOLUBLE 1000MG, 250MG, 500MG, 750MG	1	
subvenite starter kit/blue kit 25mg	1	
subvenite starter kit/green kit 0	1	
subvenite starter kit/orange kit 0	1	
SUBVENITE SUSPENSION 10MG/ML	1	
subvenite tablet 100mg, 150mg, 200mg, 25mg	1	
topiramate capsule sprinkle 15mg, 25mg, 50mg	1	
topiramate solution 25mg/ml	1	
topiramate tablet 100mg, 200mg, 25mg, 50mg	1	
valproic acid capsule 250mg	1	
valproic acid solution 250mg/5ml	1	
Antidepresivos		
Antidepresivos, otros		

ID de formulario: 26383, Fecha efectiva: 02/01/2026

Ultima actualización: 01/02/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
AUVELITY TABLET EXTENDED RELEASE 105MG; 45MG	1	QL(60 EA por 30 días); ST NSO
<i>bupropion hydrochloride er (sr) tablet extended release 12 hour 150mg, 200mg</i>	1	QL(60 EA por 30 días)
<i>bupropion hydrochloride er (sr) tablet extended release 12 hour 100mg</i>	1	QL(90 EA por 30 días)
<i>bupropion hydrochloride er (xl) tablet extended release 24 hour 300mg</i>	1	QL(30 EA por 30 días)
<i>bupropion hydrochloride er (xl) tablet extended release 24 hour 150mg</i>	1	QL(90 EA por 30 días)
<i>bupropion hydrochloride tablet 100mg, 75mg</i>	1	
EXXUA TITRATION PACK TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 18.2MG	1	ST NSO
EXXUA TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 36.3MG, 54.5MG, 72.6MG	1	QL(30 EA por 30 días); ST NSO
EXXUA TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 18.2MG	1	ST NSO
<i>mirtazapine odt tablet disintegrating 15mg, 30mg, 45mg</i>	1	
<i>mirtazapine tablet 15mg, 30mg, 45mg, 7.5mg</i>	1	
SPRAVATO 56MG DOSE SOLUTION THERAPY PACK 0	1	PA NSO
SPRAVATO 84MG DOSE SOLUTION THERAPY PACK 0	1	PA NSO
ZURZUVAE CAPSULE 30MG	1	QL(14 EA por 14 días); PA NSO
ZURZUVAE CAPSULE 20MG, 25MG	1	QL(28 EA por 14 días); PA NSO
Inhibidores de la monoaminoxidasa		
EMSAM PATCH 24 HOUR 12MG/24HR, 6MG/24HR, 9MG/24HR	1	QL(30 EA por 30 días); ST NSO
MARPLAN TABLET 10MG	1	
<i>phenelzine sulfate tablet 15mg</i>	1	
<i>tranylcypromine sulfate tablet 10mg</i>	1	
Tricíclicos		
<i>amitriptyline hcl tablet 100mg, 150mg, 25mg, 75mg</i>	1	
<i>amitriptyline hydrochloride tablet 100mg, 10mg, 25mg, 50mg, 75mg</i>	1	
<i>amoxapine tablet 100mg, 150mg, 25mg, 50mg</i>	1	
<i>clomipramine hydrochloride capsule 25mg, 50mg, 75mg</i>	1	
<i>desipramine hydrochloride tablet 100mg, 10mg, 150mg, 25mg, 50mg, 75mg</i>	1	
<i>doxepin hcl capsule 75mg</i>	1	
<i>doxepin hcl concentrate 10mg/ml</i>	1	

ID de formulario: 26383, Fecha efectiva: 02/01/2026

Ultima actualización: 01/02/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>doxepin hydrochloride capsule 100mg, 10mg, 150mg, 25mg, 50mg</i>	1	
<i>imipramine hcl tablet 25mg, 50mg</i>	1	
<i>imipramine hydrochloride tablet 10mg</i>	1	
<i>nortriptyline hcl capsule 25mg, 75mg</i>	1	
<i>nortriptyline hcl solution 10mg/5ml</i>	1	
<i>nortriptyline hydrochloride capsule 10mg, 50mg</i>	1	
<i>protriptyline hcl tablet 10mg, 5mg</i>	1	
<i>trimipramine maleate capsule 100mg, 25mg, 50mg</i>	1	
Antidepressants		
SSRIs/SNRIs (Selective Serotonin Reuptake Inhibitors/Serotonin and Norepinephrine Reuptake Inhibitor)		
<i>citalopram hydrobromide solution 10mg/5ml</i>	1	
<i>citalopram hydrobromide tablet 10mg, 20mg, 40mg</i>	1	
<i>desvenlafaxine er tablet extended release 24 hour 100mg</i>	1	QL(120 EA por 30 días)
<i>desvenlafaxine er tablet extended release 24 hour 25mg, 50mg</i>	1	QL(30 EA por 30 días)
DRIZALMA SPRINKLE CAPSULE DELAYED RELEASE SPRINKLE 20MG, 60MG	1	QL(60 EA por 30 días)
DRIZALMA SPRINKLE CAPSULE DELAYED RELEASE SPRINKLE 30MG, 40MG	1	QL(90 EA por 30 días)
<i>duloxetine hydrochloride dr capsule delayed release particles 20mg, 60mg</i>	1	QL(60 EA por 30 días)
<i>duloxetine hydrochloride dr capsule delayed release particles 30mg</i>	1	QL(90 EA por 30 días)
<i>escitalopram oxalate solution 5mg/5ml</i>	1	
<i>escitalopram oxalate tablet 10mg, 20mg, 5mg</i>	1	
FETZIMA TITRATION PACK CAPSULE ER 24 HOUR THERAPY PACK 0	1	QL(56 EA por 365 días); ST NSO
FETZIMA CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 120MG, 20MG, 40MG, 80MG	1	QL(30 EA por 30 días); ST NSO
<i>fluoxetine hydrochloride capsule 10mg, 20mg, 40mg</i>	1	
<i>fluoxetine hydrochloride solution 20mg/5ml</i>	1	
<i>fluvoxamine maleate tablet 100mg, 25mg, 50mg</i>	1	
<i>nefazodone hydrochloride tablet 100mg, 150mg, 200mg, 250mg, 50mg</i>	1	
<i>paroxetine hcl tablet 30mg, 40mg</i>	1	
<i>paroxetine hydrochloride suspension 10mg/5ml</i>	1	
<i>paroxetine hydrochloride tablet 10mg, 20mg</i>	1	
RALDESY SOLUTION 10MG/ML	1	
<i>sertraline hcl concentrate 20mg/ml</i>	1	
<i>sertraline hcl tablet 50mg</i>	1	
<i>sertraline hydrochloride tablet 100mg, 25mg</i>	1	

ID de formulario: 26383, Fecha efectiva: 02/01/2026

Ultima actualización: 01/02/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>trazodone hydrochloride tablet 100mg, 150mg, 50mg</i>	1	
TRINTELLIX TABLET 10MG, 20MG, 5MG	1	QL(30 EA por 30 días)
<i>venlafaxine hydrochloride er capsule extended release 24 hour 150mg, 37.5mg, 75mg</i>	1	
<i>venlafaxine hydrochloride tablet 100mg, 25mg, 37.5mg, 50mg, 75mg</i>	1	
<i>vilazodone hydrochloride tablet 10mg, 20mg, 40mg</i>	1	QL(30 EA por 30 días)
Antieméticos		
Adyuvantes para terapia emetogénica		
<i>aprepitant capsule 40mg</i>	1	QL(1 EA por 30 días); B/D
<i>aprepitant capsule 125mg</i>	1	QL(2 EA por 30 días); B/D
<i>aprepitant capsule 0</i>	1	QL(6 EA por 30 días); B/D; (THERAPY PACK 80 & 125 MG)
<i>aprepitant capsule 80mg</i>	1	QL(8 EA por 30 días); B/D
<i>dronabinol capsule 10mg, 2.5mg, 5mg</i>	1	QL(60 EA por 30 días); PA
<i>ondansetron hcl solution 4mg/5ml</i>	1	QL(450 ML por 30 días); B/D
<i>ondansetron hydrochloride tablet 4mg, 8mg</i>	1	B/D
<i>ondansetron odt tablet disintegrating 4mg, 8mg</i>	1	B/D
Antieméticos, otros		
<i>compro suppository 25mg</i>	1	
<i>meclizine hcl tablet 12.5mg, 25mg</i>	1	
<i>prochlorperazine maleate tablet 10mg, 5mg</i>	1	
<i>prochlorperazine suppository 25mg</i>	1	
<i>promethazine hcl suppository 12.5mg</i>	1	
<i>promethazine hydrochloride plain solution 6.25mg/5ml</i>	1	
<i>promethazine hydrochloride solution 6.25mg/5ml</i>	1	
<i>promethazine hydrochloride suppository 25mg</i>	1	
<i>promethazine hydrochloride tablet 12.5mg, 25mg, 50mg</i>	1	
<i>promethegan suppository 12.5mg, 25mg</i>	1	
<i>scopolamine patch 72 hour 1mg/3days</i>	1	
Antimicobacterianos		
Antimicobacterianos, otros		
<i>dapsone tablet 100mg, 25mg</i>	1	
<i>rifabutin capsule 150mg</i>	1	
Antituberculosos		
<i>cycloserine capsule 250mg</i>	1	

ID de formulario: 26383, Fecha efectiva: 02/01/2026

Ultima actualización: 01/02/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>ethambutol hydrochloride tablet 100mg, 400mg</i>	1	
ISONIAZID INJECTION 100MG/ML	1	
<i>isoniazid syrup 50mg/5ml</i>	1	
<i>isoniazid tablet 100mg, 300mg</i>	1	
PRIFTIN TABLET 150MG	1	
<i>pyrazinamide tablet 500mg</i>	1	
<i>rifampin capsule 150mg, 300mg</i>	1	
<i>rifampin injection 600mg</i>	1	
SIRTURO TABLET 100MG, 20MG	1	
TRECTOR TABLET 250MG	1	
Antimicóticos		
Antimicóticos		
ABELCET INJECTION 5MG/ML	1	B/D
<i>amphotericin b liposome injection 50mg</i>	1	B/D
<i>amphotericin b injection 50mg</i>	1	B/D
CASPOFUNGIN ACETATE INJECTION 70MG	1	
<i>casposungin acetate injection 50mg</i>	1	
<i>clotrimazole cream 1%</i>	1	QL(90 GM por 30 días)
<i>clotrimazole solution 1%</i>	1	QL(60 ML por 30 días)
<i>clotrimazole troche 10mg</i>	1	
CRESEMBA CAPSULE 186MG, 74.5MG	1	PA
<i>econazole nitrate cream 1%</i>	1	
<i>fluconazole in sodium chloride injection 200mg/100ml; 0.9%, 400mg/200ml; 0.9%</i>	1	
<i>fluconazole suspension reconstituted 10mg/ml, 40mg/ml</i>	1	
<i>fluconazole tablet 100mg, 150mg, 200mg, 50mg</i>	1	
<i>flucytosine capsule 250mg, 500mg</i>	1	
<i>griseofulvin microsize suspension 125mg/5ml</i>	1	
<i>griseofulvin microsize tablet 500mg</i>	1	
<i>griseofulvin ultramicrosize tablet 125mg, 250mg</i>	1	
<i>itraconazole capsule 100mg</i>	1	PA
JUBLIA SOLUTION 10%	1	
<i>ketoconazole cream 2%</i>	1	QL(90 GM por 30 días)
<i>ketoconazole shampoo 2%</i>	1	
<i>ketoconazole tablet 200mg</i>	1	
<i>klayesta powder 100000unit/gm</i>	1	QL(120 GM por 30 días)
<i>miconazole injection 100mg, 50mg</i>	1	
<i>nyamyc powder 100000unit/gm</i>	1	QL(120 GM por 30 días)
<i>nystatin cream 100000unit/gm</i>	1	
<i>nystatin ointment 100000unit/gm</i>	1	
<i>nystatin powder 100000unit/gm</i>	1	QL(120 GM por 30 días)

ID de formulario: 26383, Fecha efectiva: 02/01/2026

Ultima actualización: 01/02/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>nystatin suspension 100000unit/ml</i>	1	
<i>nystatin tablet 500000unit</i>	1	
<i>nystop powder 100000unit/gm</i>	1	QL(120 GM por 30 días)
<i>posaconazole dr tablet delayed release 100mg</i>	1	PA
<i>posaconazole suspension 40mg/ml</i>	1	PA
<i>terbinafine hcl tablet 250mg</i>	1	QL(84 EA por 180 días)
<i>terconazole cream 0.4%, 0.8%</i>	1	
<i>voriconazole injection 200mg</i>	1	PA
<i>voriconazole suspension reconstituted 40mg/ml</i>	1	
<i>voriconazole tablet 200mg, 50mg</i>	1	
Antineoplásicos		
Agentes alquilantes		
<i>cisplatin injection 100mg/100ml</i>	1	
<i>cyclophosphamide capsule 25mg, 50mg</i>	1	B/D
GLEOSTINE CAPSULE 100MG, 10MG, 40MG	1	
LEUKERAN TABLET 2MG	1	
<i>lomustine capsule 100mg, 10mg, 40mg</i>	1	
MATULANE CAPSULE 50MG	1	
VALCHLOR GEL 0.016%	1	PA NSO
Agentes antiangiogénicos		
<i>lenalidomide capsule 10mg, 15mg, 2.5mg, 20mg, 25mg, 5mg</i>	1	PA NSO
POMALYST CAPSULE 3MG, 4MG	1	PA NSO
POMALYST CAPSULE 1MG, 2MG	1	QL(30 EA por 30 días); PA NSO
THALOMID CAPSULE 100MG, 150MG, 200MG, 50MG	1	PA NSO
Antiandrogénicos		
<i>abiraterone acetate tablet 250mg, 500mg</i>	1	PA NSO
<i>abirtega tablet 250mg</i>	1	PA NSO
<i>bicalutamide tablet 50mg</i>	1	
ERLEADA TABLET 240MG, 60MG	1	PA NSO
EULEXIN CAPSULE 125MG	1	
<i>nilutamide tablet 150mg</i>	1	
NUBEQA TABLET 300MG	1	PA NSO
XTANDI CAPSULE 40MG	1	PA NSO
XTANDI TABLET 40MG, 80MG	1	PA NSO
YONSA TABLET 125MG	1	PA NSO
Anticuerpos monoclonales/conjugados anticuerpo-fármaco		
TEVIMBRA INJECTION 100MG/10ML	1	PA NSO
Antiestrógenos/modificadores		
EMCYT CAPSULE 140MG	1	
INLURIYO TABLET 200MG	1	PA NSO

ID de formulario: 26383, Fecha efectiva: 02/01/2026

Ultima actualización: 01/02/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
ORSERDU TABLET 345MG, 86MG	1	PA NSO
SOLTAMOX SOLUTION 10MG/5ML	1	
<i>tamoxifen citrate tablet 10mg, 20mg</i>	1	
<i>toremifene citrate tablet 60mg</i>	1	
Antimetabolitos		
DROXIA CAPSULE 200MG, 300MG, 400MG	1	
<i>hydroxyurea capsule 500mg</i>	1	
<i>mercaptopurine suspension 2000mg/100ml</i>	1	
<i>mercaptopurine tablet 50mg</i>	1	
TABLOID TABLET 40MG	1	
Antineoplásicos, otros		
AKEEGA TABLET 500MG; 100MG, 500MG; 50MG	1	PA NSO
IBRANCE TABLET 100MG, 125MG, 75MG	1	PA NSO
INREBIC CAPSULE 100MG	1	PA NSO
ITOVEBI TABLET 9MG	1	PA NSO
ITOVEBI TABLET 3MG	1	QL(60 EA por 30 días); PA NSO
IWILFIN TABLET 192MG	1	PA NSO
KISQALI FEMARA 200 DOSE TABLET THERAPY PACK 2.5MG; 200MG	1	PA NSO
KISQALI FEMARA 400 DOSE TABLET THERAPY PACK 2.5MG; 200MG	1	PA NSO
KISQALI FEMARA 600 DOSE TABLET THERAPY PACK 2.5MG; 200MG	1	PA NSO
KOMZIFTI CAPSULE 200MG	1	PA NSO
LAZCLUZE TABLET 240MG	1	PA NSO
LAZCLUZE TABLET 80MG	1	QL(60 EA por 30 días); PA NSO
<i>leucovorin calcium tablet 10mg, 15mg, 25mg, 5mg</i>	1	
LONSURF TABLET 6.14MG; 15MG, 8.19MG; 20MG	1	PA NSO
LYSODREN TABLET 500MG	1	
MODEYSO CAPSULE 125MG	1	PA NSO
OGSIVEO TABLET 100MG, 150MG, 50MG	1	PA NSO
OJEMDA SUSPENSION RECONSTITUTED 25MG/ML	1	PA NSO
OJEMDA TABLET 100MG	1	PA NSO
ONUREG TABLET 200MG, 300MG	1	PA NSO
PHEGO INJECTION 2000UNIT/ML; 60MG/ML; 60MG/ML, 2000UNIT/ML; 80MG/ML; 40MG/ML	1	PA NSO
REVUFORJ TABLET 110MG, 160MG, 25MG	1	PA NSO
VONJO CAPSULE 100MG	1	PA NSO
ZOLINZA CAPSULE 100MG	1	PA NSO
Complementos del tratamiento		

ID de formulario: 26383, Fecha efectiva: 02/01/2026

Ultima actualización: 01/02/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>mesna tablet 400mg</i>	1	
VORANIGO TABLET 40MG	1	PA NSO
VORANIGO TABLET 10MG	1	QL(60 EA por 30 días); PA NSO
<i>Inhibidores de enzimas</i>		
AVMAPKI FAKZYNJA CO-PACK THERAPY PACK 0.8MG; 200MG	1	PA NSO
<i>topotecan hcl injection 4mg</i>	1	
<i>topotecan hydrochloride injection 4mg/4ml</i>	1	
<i>Inhibidores de la aromataasa, tercera generación</i>		
<i>anastrozole tablet 1mg</i>	1	
<i>exemestane tablet 25mg</i>	1	
<i>letrozole tablet 2.5mg</i>	1	
<i>Inhibidores moleculares dirigidos</i>		
ALECENSA CAPSULE 150MG	1	PA NSO
ALUNBRIG TABLET THERAPY PACK 0	1	QL(60 EA por 365 días); PA NSO
ALUNBRIG TABLET 30MG	1	QL(120 EA por 30 días); PA NSO
ALUNBRIG TABLET 180MG, 90MG	1	QL(30 EA por 30 días); PA NSO
AUGTYRO CAPSULE 160MG, 40MG	1	PA NSO
AYVAKIT TABLET 100MG, 200MG, 25MG, 300MG, 50MG	1	QL(30 EA por 30 días); PA NSO
BALVERSA TABLET 3MG, 4MG, 5MG	1	PA NSO
BOSULIF CAPSULE 100MG, 50MG	1	PA NSO
BOSULIF TABLET 100MG, 400MG, 500MG	1	PA NSO
BRAFTOVI CAPSULE 75MG	1	PA NSO
BRUKINSA CAPSULE 80MG	1	PA NSO
BRUKINSA TABLET 160MG	1	PA NSO
CABOMETYX TABLET 40MG, 60MG	1	PA NSO
CABOMETYX TABLET 20MG	1	QL(30 EA por 30 días); PA NSO
CALQUENCE CAPSULE 100MG	1	PA NSO
CALQUENCE TABLET 100MG	1	PA NSO
CAPRELSA TABLET 300MG	1	PA NSO
CAPRELSA TABLET 100MG	1	QL(60 EA por 30 días); PA NSO
COMETRIQ KIT 0, 20MG	1	PA NSO
COPIKTRA CAPSULE 15MG, 25MG	1	PA NSO
COTELLIC TABLET 20MG	1	PA NSO
DANZITEN TABLET 71MG, 95MG	1	PA NSO

ID de formulario: 26383, Fecha efectiva: 02/01/2026

Ultima actualización: 01/02/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>dasatinib tablet 100mg, 140mg, 20mg, 50mg, 70mg, 80mg</i>	1	PA NSO
DAURISMO TABLET 100MG, 25MG	1	PA NSO
ENSACOVE CAPSULE 100MG, 25MG	1	PA NSO
ERIVEDGE CAPSULE 150MG	1	PA NSO
<i>erlotinib hydrochloride tablet 100mg, 150mg, 25mg</i>	1	PA NSO
<i>everolimus tablet soluble 2mg, 3mg, 5mg</i>	1	PA NSO
<i>everolimus tablet 10mg, 2.5mg, 5mg, 7.5mg</i>	1	QL(30 EA por 30 días); PA NSO
EXKIVITY CAPSULE 40MG	1	
FOTIVDA CAPSULE 0.89MG, 1.34MG	1	PA NSO
FRUZAQLA CAPSULE 1MG, 5MG	1	PA NSO
GAVRETO CAPSULE 100MG	1	PA NSO
<i>gefitinib tablet 250mg</i>	1	PA NSO
GILOTRIF TABLET 20MG, 30MG, 40MG	1	QL(30 EA por 30 días); PA NSO
GOMEKLI CAPSULE 1MG, 2MG	1	PA NSO
GOMEKLI TABLET SOLUBLE 1MG	1	PA NSO
HERNEXEOS TABLET 60MG	1	PA NSO
HYRNUO TABLET 10MG	1	PA NSO
IBRANCE CAPSULE 100MG, 125MG, 75MG	1	PA NSO
IBTROZI CAPSULE 200MG	1	PA NSO
ICLUSIG TABLET 30MG, 45MG	1	PA NSO
ICLUSIG TABLET 10MG, 15MG	1	QL(30 EA por 30 días); PA NSO
IDHIFA TABLET 100MG, 50MG	1	QL(30 EA por 30 días); PA NSO
<i>imatinib mesylate tablet 100mg, 400mg</i>	1	PA NSO
IMBRUVICA CAPSULE 140MG	1	QL(120 EA por 30 días); PA NSO
IMBRUVICA CAPSULE 70MG	1	QL(28 EA por 28 días); PA NSO
IMBRUVICA SUSPENSION 70MG/ML	1	PA NSO
IMBRUVICA TABLET 420MG	1	PA NSO
IMBRUVICA TABLET 140MG, 280MG	1	QL(28 EA por 28 días); PA NSO
IMKELDI SOLUTION 80MG/ML	1	PA NSO
INLYTA TABLET 1MG, 5MG	1	PA NSO
INQOVI TABLET 100MG; 35MG	1	PA NSO
JAKAFI TABLET 15MG, 20MG, 25MG, 5MG	1	PA NSO
JAKAFI TABLET 10MG	1	QL(60 EA por 30 días); PA NSO
JAYPIRCA TABLET 100MG	1	PA NSO

ID de formulario: 26383, Fecha efectiva: 02/01/2026

Ultima actualización: 01/02/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
JAYPIRCA TABLET 50MG	1	QL(30 EA por 30 días); PA NSO
KISQALI TABLET THERAPY PACK 200MG	1	PA NSO
KOSELUGO CAPSULE SPRINKLE 5MG, 7.5MG	1	PA NSO
KOSELUGO CAPSULE 10MG, 25MG	1	PA NSO
KRAZATI TABLET 200MG	1	PA NSO
<i>lapatinib ditosylate tablet 250mg</i>	1	PA NSO
LENVIMA 10 MG DAILY DOSE CAPSULE THERAPY PACK 10MG	1	PA NSO
LENVIMA 12MG DAILY DOSE CAPSULE THERAPY PACK 4MG	1	PA NSO
LENVIMA 14 MG DAILY DOSE CAPSULE THERAPY PACK 0	1	PA NSO
LENVIMA 18 MG DAILY DOSE CAPSULE THERAPY PACK 0	1	PA NSO
LENVIMA 20 MG DAILY DOSE CAPSULE THERAPY PACK 10MG	1	PA NSO
LENVIMA 24 MG DAILY DOSE CAPSULE THERAPY PACK 0	1	PA NSO
LENVIMA 4 MG DAILY DOSE CAPSULE THERAPY PACK 4MG	1	PA NSO
LENVIMA 8 MG DAILY DOSE CAPSULE THERAPY PACK 4MG	1	PA NSO
LORBRENA TABLET 100MG, 25MG	1	PA NSO
LUMAKRAS TABLET 120MG, 240MG, 320MG	1	PA NSO
LYNPARZA TABLET 100MG, 150MG	1	PA NSO
LYTGOBI TABLET THERAPY PACK 4MG	1	PA NSO; 12 MG DAILY DOSE
LYTGOBI TABLET THERAPY PACK 4MG	1	PA NSO; 16 MG DAILY DOSE
LYTGOBI TABLET THERAPY PACK 4MG	1	PA NSO; 20 MG DAILY DOSE
MEKINIST SOLUTION RECONSTITUTED 0.05MG/ML	1	PA NSO
MEKINIST TABLET 0.5MG, 2MG	1	PA NSO
MEKTOVI TABLET 15MG	1	PA NSO
NERLYNX TABLET 40MG	1	QL(180 EA por 30 días); PA NSO
<i>nilotinib hydrochloride capsule 150mg, 200mg, 50mg</i>	1	PA NSO
NILOTINIB CAPSULE 150MG, 200MG, 50MG	1	PA NSO
NINLARO CAPSULE 2.3MG, 3MG, 4MG	1	PA NSO
ODOMZO CAPSULE 200MG	1	PA NSO
OJJAARA TABLET 100MG, 200MG	1	PA NSO

ID de formulario: 26383, Fecha efectiva: 02/01/2026

Ultima actualización: 01/02/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
OJJAARA TABLET 150MG	1	QL(30 EA por 30 días); PA NSO
PAZOPANIB HYDROCHLORIDE TABLET 400MG	1	PA NSO
<i>pazopanib hydrochloride tablet 200mg</i>	1	PA NSO
PEMAZYRE TABLET 13.5MG, 4.5MG, 9MG	1	QL(30 EA por 30 días); PA NSO
PIQRAY 200MG DAILY DOSE TABLET THERAPY PACK 200MG	1	PA NSO
PIQRAY 250MG DAILY DOSE TABLET THERAPY PACK 0	1	PA NSO
PIQRAY 300MG DAILY DOSE TABLET THERAPY PACK 150MG	1	PA NSO
QINLOCK TABLET 50MG	1	PA NSO
RETEVMO CAPSULE 40MG, 80MG	1	PA NSO
RETEVMO TABLET 120MG, 160MG	1	PA NSO
RETEVMO TABLET 80MG	1	QL(60 EA por 30 días); PA NSO
RETEVMO TABLET 40MG	1	QL(90 EA por 30 días); PA NSO
REZLIDHIA CAPSULE 150MG	1	PA NSO
ROMVIMZA CAPSULE 14MG, 20MG, 30MG	1	PA NSO
ROZLYTREK CAPSULE 100MG, 200MG	1	PA NSO
ROZLYTREK PACKET 50MG	1	PA NSO
RUBRACA TABLET 250MG, 300MG	1	PA NSO
RUBRACA TABLET 200MG	1	QL(120 EA por 30 días); PA NSO
RYDAPT CAPSULE 25MG	1	PA NSO
SCEMBLIX TABLET 100MG	1	QL(120 EA por 30 días); PA NSO
SCEMBLIX TABLET 40MG	1	QL(240 EA por 30 días); PA NSO
SCEMBLIX TABLET 20MG	1	QL(60 EA por 30 días); PA NSO
<i>sorafenib tosylate tablet 200mg</i>	1	PA NSO
<i>sorafenib tablet 200mg</i>	1	PA NSO
STIVARGA TABLET 40MG	1	PA NSO
<i>sunitinib malate capsule 12.5mg, 25mg, 37.5mg, 50mg</i>	1	PA NSO
TABRECTA TABLET 150MG, 200MG	1	QL(120 EA por 30 días); PA NSO
TAFINLAR CAPSULE 50MG, 75MG	1	PA NSO
TAFINLAR TABLET SOLUBLE 10MG	1	PA NSO
TAGRISSO TABLET 80MG	1	PA NSO

ID de formulario: 26383, Fecha efectiva: 02/01/2026

Ultima actualización: 01/02/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
TAGRISSO TABLET 40MG	1	QL(30 EA por 30 días); PA NSO
TALZENNA CAPSULE 0.1MG, 0.25MG, 0.35MG, 0.5MG, 0.75MG, 1MG	1	PA NSO
TAZVERIK TABLET 200MG	1	PA NSO
TEPMETKO TABLET 225MG	1	PA NSO
TIBSOVO TABLET 250MG	1	PA NSO
TORPENZ TABLET 10MG, 2.5MG, 5MG, 7.5MG	1	QL(30 EA por 30 días); PA NSO
TRUQAP TABLET THERAPY PACK 160MG, 200MG	1	PA NSO
TRUQAP TABLET 160MG, 200MG	1	PA NSO
TUKYSA TABLET 150MG, 50MG	1	PA NSO
TURALIO CAPSULE 125MG	1	PA NSO
VANFLYTA TABLET 17.7MG, 26.5MG	1	PA NSO
VENCLEXTA STARTING PACK TABLET THERAPY PACK 0	1	PA NSO
VENCLEXTA TABLET 100MG, 10MG, 50MG	1	PA NSO
VERZENIO TABLET 100MG, 150MG, 200MG, 50MG	1	PA NSO
VITRAKVI CAPSULE 100MG, 25MG	1	PA NSO
VITRAKVI SOLUTION 20MG/ML	1	PA NSO
VIZIMPRO TABLET 15MG, 30MG, 45MG	1	PA NSO
XALKORI CAPSULE SPRINKLE 150MG, 20MG, 50MG	1	PA NSO
XALKORI CAPSULE 200MG, 250MG	1	PA NSO
XOSPATA TABLET 40MG	1	PA NSO
XPOVIO 60 MG TWICE WEEKLY TABLET THERAPY PACK 20MG	1	PA NSO
XPOVIO 80 MG TWICE WEEKLY TABLET THERAPY PACK 20MG	1	PA NSO
XPOVIO TABLET THERAPY PACK 10MG, 40MG, 50MG, 60MG, 80MG	1	PA NSO
ZEJULA TABLET 200MG, 300MG	1	PA NSO
ZEJULA TABLET 100MG	1	QL(30 EA por 30 días); PA NSO
ZELBORAF TABLET 240MG	1	PA NSO
ZYDELIG TABLET 100MG, 150MG	1	PA NSO
ZYKADIA TABLET 150MG	1	PA NSO
Retinoides		
<i>bexarotene capsule 75mg</i>	1	PA NSO
<i>bexarotene gel 1%</i>	1	PA NSO
PANRETIN GEL 0.1%	1	
<i>tretinoin capsule 10mg</i>	1	
Antiparasitarios		

ID de formulario: 26383, Fecha efectiva: 02/01/2026

Ultima actualización: 01/02/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
Antihelmínticos		
<i>albendazole tablet 200mg</i>	1	
<i>ivermectin tablet 3mg, 6mg</i>	1	PA
<i>praziquantel tablet 600mg</i>	1	
Antiprotozoico		
ALINIA SUSPENSION RECONSTITUTED 100MG/5ML	1	
<i>atovaquone/proguanil hcl tablet 62.5mg; 25mg</i>	1	
<i>atovaquone/proguanil hydrochloride tablet 250mg; 100mg</i>	1	
<i>atovaquone suspension 750mg/5ml</i>	1	
<i>benznidazole tablet 100mg, 12.5mg</i>	1	
<i>chloroquine phosphate tablet 250mg, 500mg</i>	1	
COARTEM TABLET 20MG; 120MG	1	
<i>hydroxychloroquine sulfate tablet 100mg, 200mg</i>	1	
<i>mefloquine hydrochloride tablet 250mg</i>	1	
<i>nitazoxanide tablet 500mg</i>	1	
<i>pentamidine isethionate injection 300mg</i>	1	
<i>pentamidine isethionate inhalation solution reconstituted 300mg</i>	1	B/D
<i>primaquine phosphate tablet 26.3mg</i>	1	
<i>pyrimethamine tablet 25mg</i>	1	PA
<i>quinine sulfate capsule 324mg</i>	1	PA
Antipsicóticos		
Primera generación/típico		
<i>chlorpromazine hydrochloride concentrate 100mg/ml, 30mg/ml</i>	1	
<i>chlorpromazine hydrochloride tablet 100mg, 10mg, 200mg, 25mg, 50mg</i>	1	
<i>fluphenazine decanoate injection 25mg/ml</i>	1	
<i>fluphenazine hcl concentrate 5mg/ml</i>	1	
<i>fluphenazine hydrochloride elixir 2.5mg/5ml</i>	1	
<i>fluphenazine hydrochloride injection 2.5mg/ml</i>	1	
<i>fluphenazine hydrochloride tablet 10mg, 1mg, 2.5mg, 5mg</i>	1	
<i>haloperidol decanoate injection 100mg/ml, 50mg/ml</i>	1	
<i>haloperidol lactate injection 5mg/ml</i>	1	
<i>haloperidol concentrate 2mg/ml</i>	1	
<i>haloperidol tablet 0.5mg, 10mg, 1mg, 20mg, 2mg, 5mg</i>	1	
<i>loxapine capsule 10mg, 25mg, 50mg, 5mg</i>	1	
<i>molindone hydrochloride tablet 10mg, 25mg, 5mg</i>	1	
<i>perphenazine tablet 16mg, 2mg, 4mg, 8mg</i>	1	
<i>pimozide tablet 1mg, 2mg</i>	1	
<i>thioridazine hydrochloride tablet 100mg, 10mg, 25mg, 50mg</i>	1	
<i>thiothixene capsule 10mg, 1mg, 2mg, 5mg</i>	1	

ID de formulario: 26383, Fecha efectiva: 02/01/2026

Ultima actualización: 01/02/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>trifluoperazine hcl tablet 10mg, 2mg, 5mg</i>	1	
<i>trifluoperazine hydrochloride tablet 1mg</i>	1	
Resistente al tratamiento		
<i>clozapine odt tablet disintegrating 200mg</i>	1	QL(120 EA por 30 días)
<i>clozapine odt tablet disintegrating 150mg</i>	1	QL(180 EA por 30 días)
<i>clozapine odt tablet disintegrating 100mg, 25mg</i>	1	QL(270 EA por 30 días)
<i>clozapine odt tablet disintegrating 12.5mg</i>	1	QL(90 EA por 30 días)
<i>clozapine tablet 200mg</i>	1	QL(120 EA por 30 días)
<i>clozapine tablet 50mg</i>	1	QL(180 EA por 30 días)
<i>clozapine tablet 100mg, 25mg</i>	1	QL(270 EA por 30 días)
VERSACLOZ SUSPENSION 50MG/ML	1	QL(540 ML por 30 días)
Segunda generación/atípico		
ABILIFY MAINTENA INJECTION 300MG, 400MG	1	
<i>aripiprazole odt tablet disintegrating 10mg, 15mg</i>	1	QL(60 EA por 30 días)
<i>aripiprazole solution 1mg/ml</i>	1	QL(750 ML por 30 días)
<i>aripiprazole tablet 10mg, 15mg, 20mg, 2mg, 30mg, 5mg</i>	1	QL(30 EA por 30 días)
ARISTADA INITIO INJECTION 675MG/2.4ML	1	
ARISTADA INJECTION 1064MG/3.9ML, 441MG/1.6ML, 662MG/2.4ML, 882MG/3.2ML	1	
<i>asenapine maleate sl tablet sublingual 10mg, 2.5mg, 5mg</i>	1	QL(60 EA por 30 días)
CAPLYTA CAPSULE 10.5MG, 21MG, 42MG	1	QL(30 EA por 30 días); PA NSO
FANAPT TITRATION PACK A TABLET 0	1	QL(16 EA por 365 días); ST NSO
FANAPT TITRATION PACK B TABLET 0	1	QL(24 EA por 365 días); ST NSO
FANAPT TITRATION PACK C TABLET 0	1	QL(16 EA por 365 días); ST NSO
FANAPT TABLET 10MG, 12MG, 1MG, 2MG, 4MG, 6MG, 8MG	1	QL(60 EA por 30 días); ST NSO
INVEGA HAFYERA INJECTION 1092MG/3.5ML, 1560MG/5ML	1	ST NSO
INVEGA SUSTENNA INJECTION 117MG/0.75ML, 156MG/ML, 234MG/1.5ML, 39MG/0.25ML, 78MG/0.5ML	1	
INVEGA TRINZA INJECTION 273MG/0.88ML, 410MG/1.32ML, 546MG/1.75ML, 819MG/2.63ML	1	
<i>lurasidone hydrochloride tablet 120mg, 20mg, 40mg, 60mg</i>	1	QL(30 EA por 30 días)
<i>lurasidone hydrochloride tablet 80mg</i>	1	QL(60 EA por 30 días)
LYBALVI TABLET 10MG; 10MG, 15MG; 10MG, 20MG; 10MG, 5MG; 10MG	1	QL(30 EA por 30 días); ST NSO
NUPLAZID CAPSULE 34MG	1	PA NSO
NUPLAZID TABLET 10MG	1	PA NSO

ID de formulario: 26383, Fecha efectiva: 02/01/2026

Ultima actualización: 01/02/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>olanzapine odt tablet disintegrating 10mg, 15mg, 20mg, 5mg</i>	1	QL(30 EA por 30 días)
<i>olanzapine injection 10mg</i>	1	
<i>olanzapine tablet 10mg, 15mg, 2.5mg, 20mg, 5mg, 7.5mg</i>	1	QL(30 EA por 30 días)
OPIPZA FILM 2MG	1	QL(30 EA por 30 días); PA NSO
OPIPZA FILM 10MG, 5MG	1	QL(90 EA por 30 días); PA NSO
<i>paliperidone er tablet extended release 24 hour 1.5mg, 3mg, 9mg</i>	1	QL(30 EA por 30 días)
<i>paliperidone er tablet extended release 24 hour 6mg</i>	1	QL(60 EA por 30 días)
PERSERIS INJECTION 120MG, 90MG	1	
<i>quetiapine fumarate er tablet extended release 24 hour 150mg, 300mg, 400mg, 50mg</i>	1	QL(60 EA por 30 días)
<i>quetiapine fumarate er tablet extended release 24 hour 200mg</i>	1	QL(90 EA por 30 días)
<i>quetiapine fumarate tablet 300mg, 400mg</i>	1	QL(60 EA por 30 días)
<i>quetiapine fumarate tablet 100mg, 150mg, 200mg, 25mg, 50mg</i>	1	QL(90 EA por 30 días)
REXULTI TABLET 0.25MG, 0.5MG, 1MG, 2MG, 3MG, 4MG	1	QL(30 EA por 30 días)
<i>risperidone er injection 12.5mg, 25mg, 37.5mg, 50mg</i>	1	
<i>risperidone odt tablet disintegrating 0.25mg, 0.5mg, 1mg, 2mg, 3mg, 4mg</i>	1	QL(60 EA por 30 días)
<i>risperidone solution 1mg/ml</i>	1	QL(240 ML por 30 días)
<i>risperidone tablet 0.25mg, 0.5mg, 1mg, 2mg, 3mg, 4mg</i>	1	QL(60 EA por 30 días)
SECUADO PATCH 24 HOUR 3.8MG/24HR, 5.7MG/24HR, 7.6MG/24HR	1	QL(30 EA por 30 días); ST NSO
VRAYLAR CAPSULE 0.5MG, 0.75MG, 1.5MG, 3MG, 4.5MG, 6MG	1	QL(30 EA por 30 días)
<i>ziprasidone hcl capsule 20mg, 40mg, 60mg, 80mg</i>	1	QL(60 EA por 30 días)
<i>ziprasidone mesylate injection 20mg</i>	1	QL(60 EA por 30 días)
ZYPREXA RELPREVV INJECTION 210MG, 300MG, 405MG	1	
Antivírico		
Agentes anti-VIH, inhibidores de la proteasa (IP)		
APTIVUS CAPSULE 250MG	1	QL(120 EA por 30 días)
<i>atazanavir sulfate capsule 300mg</i>	1	QL(30 EA por 30 días)
<i>atazanavir capsule 150mg</i>	1	
<i>atazanavir capsule 200mg</i>	1	QL(60 EA por 30 días)
<i>darunavir tablet 800mg</i>	1	QL(30 EA por 30 días)
<i>darunavir tablet 600mg</i>	1	QL(60 EA por 30 días)
EVOTAZ TABLET 300MG; 150MG	1	QL(30 EA por 30 días)
<i>fosamprenavir calcium tablet 700mg</i>	1	QL(120 EA por 30 días)

ID de formulario: 26383, Fecha efectiva: 02/01/2026

Ultima actualización: 01/02/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
KALETRA SOLUTION 400MG/5ML; 100MG/5ML	1	
LEXIVA SUSPENSION 50MG/ML	1	QL(1800 ML por 30 días)
<i>lopinavir/ritonavir solution 400mg/5ml; 100mg/5ml</i>	1	
<i>lopinavir/ritonavir tablet 100mg; 25mg, 200mg; 50mg</i>	1	
NORVIR PACKET 100MG	1	QL(360 EA por 30 días)
PREZCOBIX TABLET 150MG; 675MG, 150MG; 800MG	1	QL(30 EA por 30 días)
PREZISTA SUSPENSION 100MG/ML	1	QL(400 ML por 30 días)
PREZISTA TABLET 150MG	1	QL(180 EA por 30 días)
PREZISTA TABLET 75MG	1	QL(300 EA por 30 días)
REYATAZ PACKET 50MG	1	QL(180 EA por 30 días)
<i>ritonavir tablet 100mg</i>	1	QL(360 EA por 30 días)
SYMTUZA TABLET 150MG; 800MG; 200MG; 10MG	1	QL(30 EA por 30 días)
VIRACEPT TABLET 625MG	1	QL(120 EA por 30 días)
VIRACEPT TABLET 250MG	1	QL(300 EA por 30 días)
Agentes anti-VIH, otros		
FUZEON INJECTION 90MG	1	
<i>maraviroc tablet 300mg</i>	1	QL(120 EA por 30 días)
<i>maraviroc tablet 150mg</i>	1	QL(60 EA por 30 días)
RUKOBIA TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR 600MG	1	QL(60 EA por 30 días)
SELZENTRY SOLUTION 20MG/ML	1	
SELZENTRY TABLET 25MG	1	QL(480 EA por 30 días)
SELZENTRY TABLET 75MG	1	QL(60 EA por 30 días)
SUNLENCA INJECTION 463.5MG/1.5ML	1	
SUNLENCA TABLET THERAPY PACK 300MG	1	QL(10 EA por 365 días); (5 X 300 MG Pack)
SUNLENCA TABLET THERAPY PACK 300MG	1	QL(8 EA por 365 días); (4 X 300 MG Pack)
SUNLENCA TABLET 300MG	1	QL(24 EA por 168 días)
TYBOST TABLET 150MG	1	QL(30 EA por 30 días)
Agentes anticitomegalovirus (CMV)		
<i>ganciclovir injection 500mg/10ml, 500mg</i>	1	B/D
LIVTENCITY TABLET 200MG	1	
PREVYMIS PACKET 120MG, 20MG	1	
PREVYMIS TABLET 240MG, 480MG	1	
<i>valganciclovir hydrochloride solution reconstituted 50mg/ml</i>	1	
<i>valganciclovir tablet 450mg</i>	1	
Agentes antigripales		
<i>amantadine hcl capsule 100mg</i>	1	
<i>amantadine hcl solution 50mg/5ml</i>	1	
<i>oseltamivir phosphate capsule 75mg</i>	1	QL(110 EA por 365 días)
<i>oseltamivir phosphate capsule 30mg</i>	1	QL(168 EA por 365 días)

ID de formulario: 26383, Fecha efectiva: 02/01/2026

Ultima actualización: 01/02/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>oseltamivir phosphate capsule 45mg</i>	1	QL(84 EA por 365 días)
<i>oseltamivir phosphate suspension reconstituted 6mg/ml</i>	1	QL(1080 ML por 365 días)
XOFLUZA TABLET THERAPY PACK 40MG, 80MG	1	
Agentes antihepatitis C (VHC)		
MAVYRET PACKET 50MG; 20MG	1	QL(560 EA por 365 días); PA
MAVYRET TABLET 100MG; 40MG	1	QL(336 EA por 365 días); PA
<i>ribavirin tablet 200mg</i>	1	
<i>sofosbuvir/velpatasvir tablet 400mg; 100mg</i>	1	QL(84 EA por 365 días); PA
VOSEVI TABLET 400MG; 100MG; 100MG	1	QL(84 EA por 365 días); PA
Agentes antiherpéticos		
<i>acyclovir sodium injection 50mg/ml</i>	1	B/D
<i>acyclovir capsule 200mg</i>	1	
<i>acyclovir suspension 200mg/5ml</i>	1	
<i>acyclovir tablet 400mg, 800mg</i>	1	
<i>famciclovir tablet 125mg, 250mg, 500mg</i>	1	
<i>valacyclovir hydrochloride tablet 1gm, 500mg</i>	1	QL(120 EA por 30 días)
VYJUVEK GEL 0	1	PA
Agentes contra el VIH, inhibidores de la integrasa (II)		
BIKTARVY TABLET 30MG; 120MG; 15MG, 50MG; 200MG; 25MG	1	QL(30 EA por 30 días)
CABENUVA INJECTION 400MG/2ML; 600MG/2ML, 600MG/3ML; 900MG/3ML	1	
DOVATO TABLET 50MG; 300MG	1	QL(30 EA por 30 días)
GENVOYA TABLET 150MG; 150MG; 200MG; 10MG	1	QL(30 EA por 30 días)
ISENTRESS HD TABLET 600MG	1	QL(60 EA por 30 días)
ISENTRESS PACKET 100MG	1	QL(60 EA por 30 días)
ISENTRESS TABLET CHEWABLE 100MG, 25MG	1	QL(180 EA por 30 días)
ISENTRESS TABLET 400MG	1	QL(60 EA por 30 días)
JULUCA TABLET 50MG; 25MG	1	QL(30 EA por 30 días)
STRIBILD TABLET 150MG; 150MG; 200MG; 300MG	1	QL(30 EA por 30 días)
TIVICAY PD TABLET SOLUBLE 5MG	1	QL(180 EA por 30 días)
TIVICAY TABLET 10MG, 25MG	1	QL(30 EA por 30 días)
TIVICAY TABLET 50MG	1	QL(60 EA por 30 días)
VOCABRIA TABLET 30MG	1	
Agentes contra el VIH, inhibidores de la transcriptasa inversa no nucleósidos (ITINN)		
DELSTRIGO TABLET 100MG; 300MG; 300MG	1	QL(30 EA por 30 días)

ID de formulario: 26383, Fecha efectiva: 02/01/2026

Ultima actualización: 01/02/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
EDURANT PED TABLET SOLUBLE 2.5MG	1	QL(180 EA por 30 días)
EDURANT TABLET 25MG	1	QL(30 EA por 30 días)
<i>efavirenz/emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate tablet 600mg; 200mg; 300mg</i>	1	QL(30 EA por 30 días)
<i>efavirenz/lamivudine/tenofovir disoproxil fumarate tablet 400mg; 300mg; 300mg, 600mg; 300mg; 300mg</i>	1	QL(30 EA por 30 días)
<i>efavirenz capsule 200mg, 50mg</i>	1	QL(90 EA por 30 días)
<i>efavirenz tablet 600mg</i>	1	QL(30 EA por 30 días)
<i>emtricitabine/rilpivirine/tenofovir disoproxil fumarate tablet 200mg; 25mg; 300mg</i>	1	QL(30 EA por 30 días)
<i>etravirine tablet 100mg, 200mg</i>	1	QL(60 EA por 30 días)
INTELENCE TABLET 25MG	1	QL(120 EA por 30 días)
<i>nevirapine er tablet extended release 24 hour 400mg</i>	1	QL(30 EA por 30 días)
<i>nevirapine suspension 50mg/5ml</i>	1	QL(1200 ML por 30 días)
<i>nevirapine tablet 200mg</i>	1	QL(60 EA por 30 días)
PIFELTRO TABLET 100MG	1	QL(30 EA por 30 días)
Agentes contra el VIH, inhibidores de la transcriptasa inversa nucleósidos y nucleótidos (ITIN)		
<i>abacavir sulfate/lamivudine tablet 600mg; 300mg</i>	1	QL(30 EA por 30 días)
<i>abacavir solution 20mg/ml</i>	1	QL(960 ML por 30 días)
<i>abacavir tablet 300mg</i>	1	QL(60 EA por 30 días)
CIMDUO TABLET 300MG; 300MG	1	QL(30 EA por 30 días)
DESCOVY TABLET 120MG; 15MG, 200MG; 25MG	1	QL(30 EA por 30 días)
<i>emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate tablet 100mg; 150mg, 133mg; 200mg, 200mg; 300mg</i>	1	QL(30 EA por 30 días)
<i>emtricitabine/tenofovir disoproxil tablet 167mg; 250mg</i>	1	QL(30 EA por 30 días)
<i>emtricitabine capsule 200mg</i>	1	QL(30 EA por 30 días)
EMTRIVA SOLUTION 10MG/ML	1	QL(850 ML por 30 días)
<i>lamivudine/zidovudine tablet 150mg; 300mg</i>	1	QL(60 EA por 30 días)
<i>lamivudine solution 10mg/ml</i>	1	QL(960 ML por 30 días)
<i>lamivudine tablet 300mg</i>	1	QL(30 EA por 30 días)
<i>lamivudine tablet 150mg</i>	1	QL(60 EA por 30 días)
ODEFSEY TABLET 200MG; 25MG; 25MG	1	QL(30 EA por 30 días)
<i>tenofovir disoproxil fumarate tablet 300mg</i>	1	QL(30 EA por 30 días)
TRIUMEQ PD TABLET SOLUBLE 60MG; 5MG; 30MG	1	QL(180 EA por 30 días)
TRIUMEQ TABLET 600MG; 50MG; 300MG	1	QL(30 EA por 30 días)
VIREAD POWDER 40MG/GM	1	QL(240 GM por 30 días)
VIREAD TABLET 150MG, 200MG, 250MG	1	QL(30 EA por 30 días)
<i>zidovudine capsule 100mg</i>	1	QL(180 EA por 30 días)
<i>zidovudine syrup 50mg/5ml</i>	1	QL(1920 ML por 30 días)
<i>zidovudine tablet 300mg</i>	1	QL(60 EA por 30 días)
Agentes contra el virus de la hepatitis B (VHB)		

ID de formulario: 26383, Fecha efectiva: 02/01/2026

Ultima actualización: 01/02/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>adefovir dipivoxil tablet 10mg</i>	1	
BARACLUDE SOLUTION 0.05MG/ML	1	QL(600 ML por 30 días)
<i>entecavir tablet 0.5mg, 1mg</i>	1	QL(30 EA por 30 días)
<i>lamivudine tablet 100mg</i>	1	
Antivirales, agentes de coronavirus		
PAXLOVID TABLET THERAPY PACK 150MG; 100MG	1	QL(11 EA por 5 días); (300mg-100mg Day 1; 150mg-100mg Days 2-5 Pak)
PAXLOVID TABLET THERAPY PACK 150MG; 100MG	1	QL(20 EA por 5 días); (150mg-100mg Pak)
PAXLOVID TABLET THERAPY PACK 150MG; 100MG	1	QL(30 EA por 5 días); (300mg-100mg Pak)
Electrolitos/minerales/metales/vitaminas		
Aglutinantes de potasio		
KIONEX SUSPENSION 15GM/60ML	1	
LOKELMA PACKET 10GM, 5GM	1	QL(90 EA por 30 días)
<i>sodium polystyrene sulfonate powder 0</i>	1	
<i>sodium polystyrene sulfonate suspension 15gm/60ml</i>	1	
<i>sps suspension 15gm/60ml</i>	1	
VELTASSA PACKET 16.8GM, 1GM, 25.2GM, 8.4GM	1	
Modificadores de electrolitos/minerales/metales		
CHEMET CAPSULE 100MG	1	
<i>deferasirox packet 180mg, 360mg, 90mg</i>	1	PA
<i>deferasirox tablet soluble 125mg, 250mg, 500mg</i>	1	PA
<i>deferasirox tablet 180mg, 360mg, 90mg</i>	1	PA
JYNARQUE TABLET 15MG, 30MG	1	QL(120 EA por 30 días); PA
<i>penicillamine tablet 250mg</i>	1	
<i>trientine hydrochloride capsule 250mg</i>	1	PA
Quelantes de fosfato		
<i>calcium acetate tablet 667mg</i>	1	
VELPHORO TABLET CHEWABLE 500MG	1	
Reemplazo de electrolitos/minerales		

ID de formulario: 26383, Fecha efectiva: 02/01/2026

Ultima actualización: 01/02/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
AMINOSYN II INJECTION 107.6MEQ/L; 1490MG/100ML; 1527MG/100ML; 1050MG/100ML; 1107MG/100ML; 750MG/100ML; 450MG/100ML; 990MG/100ML; 1500MG/100ML; 1575MG/100ML; 258MG/100ML; 405MG/100ML; 447MG/100ML; 1083MG/100ML; 795MG/100ML; 50MEQ/L; 600MG/100ML; 300MG/100ML; 750MG/100ML; 993MG/100ML; 1018MG/100ML; 700MG/100ML; 738MG/100ML; 500MG/100ML; 300MG/100ML; 660MG/100ML; 1000MG/100ML; 1050MG/100ML; 172MG/100ML; 270MG/100ML; 298MG/100ML; 722MG/100ML; 530MG/100ML; 400MG/100ML; 200MG/100ML; 500MG/100ML	1	B/D
AMINOSYN-PF INJECTION 46MEQ/L; 698MG/100ML; 1227MG/100ML; 527MG/100ML; 820MG/100ML; 385MG/100ML; 312MG/100ML; 760MG/100ML; 1200MG/100ML; 677MG/100ML; 180MG/100ML; 427MG/100ML; 812MG/100ML; 495MG/100ML; 70MG/100ML; 512MG/100ML; 180MG/100ML; 44MG/100ML; 673MG/100ML	1	B/D
<i>carglumic acid tablet soluble 200mg</i>	1	
<i>dextrose 5%/sodium chloride 0.45% injection 5%; 0.45%</i>	1	
<i>dextrose 5%/sodium chloride 0.9% injection 5%; 0.9%</i>	1	
<i>dextrose 5% injection 5%</i>	1	
<i>effer-k tablet effervescent 25meq</i>	1	
<i>klor-con 10 tablet extended release 10meq</i>	1	
<i>klor-con 8 tablet extended release 8meq</i>	1	
<i>klor-con m10 tablet extended release 10meq</i>	1	
<i>klor-con m15 tablet extended release 15meq</i>	1	
<i>klor-con m20 tablet extended release 20meq</i>	1	
<i>klor-con/ef tablet effervescent 25meq</i>	1	
<i>magnesium sulfate injection 50%</i>	1	
PLENAMINE INJECTION 147.4MEQ/L; 2.17GM/100ML; 1.47GM/100ML; 434MG/100ML; 749MG/100ML; 1.04GM/100ML; 894MG/100ML; 749MG/100ML; 1.04GM/100ML; 1.18GM/100ML; 749MG/100ML; 1.04GM/100ML; 894MG/100ML; 592MG/100ML; 749MG/100ML; 250MG/100ML; 39MG/100ML; 960MG/100ML	1	B/D
<i>potassium chloride er capsule extended release 10meq, 8meq</i>	1	
<i>potassium chloride er tablet extended release 10meq, 15meq, 20meq, 8meq</i>	1	

ID de formulario: 26383, Fecha efectiva: 02/01/2026

Ultima actualización: 01/02/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>potassium chloride injection 10meq/100ml, 20meq/100ml, 40meq/100ml</i>	1	
<i>potassium chloride oral solution 10%</i>	1	
<i>potassium citrate er tablet extended release 1080mg, 15meq, 540mg</i>	1	
<i>sodium chloride 0.45% injection 0.45%</i>	1	
<i>sodium chloride injection 0.45%, 0.9%</i>	1	
Vitaminas		
<i>prenatal tablet 120mg; 0; 200mg; 10mcg; 2mg; 12mcg; 27mg; 1mg; 20mg; 10mg; 1200mcg; 3mg; 1.84mg; 10mg; 25mg</i>	1	
Productos y modificadores sanguíneos		
Agentes homeostáticos		
<i>tranexamic acid tablet 650mg</i>	1	
Agentes modificadores de plaquetas		
<i>aspirin/dipyridamole er capsule extended release 12 hour 25mg; 200mg</i>	1	
<i>aspirin/dipyridamole capsule extended release 12 hour 25mg; 200mg</i>	1	
CABLIVI INJECTION 11MG	1	QL(30 EA por 30 días); PA
<i>cilostazol tablet 100mg, 50mg</i>	1	
<i>clopidogrel tablet 300mg, 75mg</i>	1	
DOPTELET TABLET 20MG	1	PA
<i>prasugrel hydrochloride tablet 10mg, 5mg</i>	1	
<i>ticagrelor tablet 60mg, 90mg</i>	1	
Anticoagulantes		
<i>dabigatran etexilate capsule 110mg, 150mg, 75mg</i>	1	QL(60 EA por 30 días)
ELIQUIS STARTER PACK TABLET THERAPY PACK 5MG	1	QL(148 EA por 365 días)
ELIQUIS CAPSULE SPRINKLE 0.15MG	1	QL(84 EA por 28 días)
ELIQUIS TABLET SOLUBLE 0.5MG	1	QL(140 EA por 28 días)
ELIQUIS TABLET SOLUBLE 0.5MG	1	QL(420 EA por 28 días); PACK 3 X 0.5 MG (1.5 MG)
ELIQUIS TABLET SOLUBLE 0.5MG	1	QL(560 EA por 28 días); PACK 4 X 0.5 MG (2 MG)
ELIQUIS TABLET 2.5MG	1	QL(60 EA por 30 días)
ELIQUIS TABLET 5MG	1	QL(90 EA por 30 días)

ID de formulario: 26383, Fecha efectiva: 02/01/2026

Ultima actualización: 01/02/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>enoxaparin sodium injection 100mg/ml, 120mg/0.8ml, 150mg/ml, 300mg/3ml, 30mg/0.3ml, 40mg/0.4ml, 60mg/0.6ml, 80mg/0.8ml</i>	1	
<i>fondaparinux sodium injection 10mg/0.8ml, 2.5mg/0.5ml, 5mg/0.4ml, 7.5mg/0.6ml</i>	1	
FRAGMIN INJECTION 10000UNIT/ML, 12500UNIT/0.5ML, 15000UNIT/0.6ML, 18000UNIT/0.72ML, 2500UNIT/0.2ML, 5000UNIT/0.2ML, 7500UNIT/0.3ML, 95000UNIT/3.8ML	1	
<i>heparin sodium injection 5000unit/ml</i>	1	
<i>jantoven tablet 10mg, 1mg, 2.5mg, 2mg, 3mg, 4mg, 5mg, 6mg, 7.5mg</i>	1	
<i>warfarin sodium tablet 10mg, 1mg, 2.5mg, 2mg, 3mg, 4mg, 5mg, 6mg, 7.5mg</i>	1	
XARELTO STARTER PACK TABLET THERAPY PACK 0	1	QL(102 EA por 365 días)
XARELTO SUSPENSION RECONSTITUTED 1MG/ML	1	QL(600 ML por 30 días)
XARELTO TABLET 10MG, 20MG	1	QL(30 EA por 30 días)
XARELTO TABLET 2.5MG	1	QL(360 EA por 30 días)
XARELTO TABLET 15MG	1	QL(60 EA por 30 días)
Productos y modificadores sanguíneos, otros		
<i>anagrelide hydrochloride capsule 0.5mg, 1mg</i>	1	
<i>eltrombopag olamine packet 12.5mg, 25mg</i>	1	PA
<i>eltrombopag olamine tablet 12.5mg, 25mg, 50mg, 75mg</i>	1	PA
NEULASTA ONPRO KIT INJECTION 6MG/0.6ML	1	PA
NEULASTA INJECTION 6MG/0.6ML	1	PA
PROCRT INJECTION 10000UNIT/ML, 20000UNIT/ML, 2000UNIT/ML, 3000UNIT/ML, 40000UNIT/ML, 4000UNIT/ML	1	PA
RETACRIT INJECTION 10000UNIT/ML, 20000UNIT/2ML, 20000UNIT/ML, 2000UNIT/ML, 3000UNIT/ML, 40000UNIT/ML, 4000UNIT/ML	1	PA
UDENYCA ONBODY INJECTION 6MG/0.6ML	1	PA
UDENYCA INJECTION 6MG/0.6ML	1	PA
XOLREMDI CAPSULE 100MG	1	QL(120 EA por 30 días); PA
ZARXIO INJECTION 300MCG/0.5ML, 480MCG/0.8ML	1	
Reguladores de la glucemia		
Agentes antidiabéticos		
<i>acarbose tablet 100mg, 25mg, 50mg</i>	1	
<i>glimepiride tablet 1mg, 2mg, 4mg</i>	1	
<i>glipizide er tablet extended release 24 hour 10mg, 2.5mg, 5mg</i>	1	
<i>glipizide xl tablet extended release 24 hour 10mg, 2.5mg, 5mg</i>	1	

ID de formulario: 26383, Fecha efectiva: 02/01/2026

Ultima actualización: 01/02/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>glipizide/metformin hydrochloride tablet 2.5mg; 250mg, 2.5mg; 500mg, 5mg; 500mg</i>	1	
<i>glipizide tablet 10mg, 2.5mg, 5mg</i>	1	
<i>glyburide/metformin hydrochloride tablet 1.25mg; 250mg, 2.5mg; 500mg, 5mg; 500mg</i>	1	
<i>glyburide tablet 1.25mg, 2.5mg, 5mg</i>	1	
GLYXAMBI TABLET 10MG; 5MG, 25MG; 5MG	1	
JANUMET XR TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 1000MG; 100MG, 1000MG; 50MG, 500MG; 50MG	1	
JANUMET TABLET 1000MG; 50MG, 500MG; 50MG	1	
JANUVIA TABLET 100MG, 25MG, 50MG	1	QL(30 EA por 30 días)
JENTADUETO XR TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 2.5MG; 1000MG, 5MG; 1000MG	1	
JENTADUETO TABLET 2.5MG; 1000MG, 2.5MG; 500MG, 2.5MG; 850MG	1	
<i>metformin hydrochloride er tablet extended release 24 hour 500mg, 750mg</i>	1	
<i>metformin hydrochloride tablet 1000mg, 500mg, 850mg</i>	1	
MOUNJARO INJECTION 10MG/0.5ML, 12.5MG/0.5ML, 15MG/0.5ML, 2.5MG/0.5ML, 5MG/0.5ML, 7.5MG/0.5ML	1	QL(2 ML por 28 días); PA
<i>nateglinide tablet 120mg, 60mg</i>	1	
OZEMPIC INJECTION 2MG/3ML, 4MG/3ML, 8MG/3ML	1	QL(3 ML por 28 días); PA
<i>pioglitazone hcl/metformin hcl tablet 500mg; 15mg, 850mg; 15mg</i>	1	
<i>pioglitazone hcl tablet 45mg</i>	1	
<i>pioglitazone hydrochloride tablet 15mg, 30mg</i>	1	
<i>repaglinide tablet 0.5mg, 1mg, 2mg</i>	1	
RYBELSUS TABLET 14MG, 7MG	1	QL(30 EA por 30 días); PA
RYBELSUS TABLET 3MG	1	QL(60 EA por 365 días); PA
SOLIQUA 100/33 INJECTION 100UNIT/ML; 33MCG/ML	1	
SYNJARDY XR TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 10MG; 1000MG, 12.5MG; 1000MG, 25MG; 1000MG, 5MG; 1000MG	1	
SYNJARDY TABLET 12.5MG; 1000MG, 12.5MG; 500MG, 5MG; 1000MG, 5MG; 500MG	1	
TRADJENTA TABLET 5MG	1	QL(30 EA por 30 días)
TRIJARDY XR TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 10MG; 5MG; 1000MG, 12.5MG; 2.5MG; 1000MG, 25MG; 5MG; 1000MG, 5MG; 2.5MG; 1000MG	1	

ID de formulario: 26383, Fecha efectiva: 02/01/2026

Ultima actualización: 01/02/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
TRULICITY INJECTION 0.75MG/0.5ML, 1.5MG/0.5ML, 3MG/0.5ML, 4.5MG/0.5ML	1	QL(2 ML por 28 días); PA
XIGDUO XR TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 10MG; 1000MG, 10MG; 500MG, 2.5MG; 1000MG, 5MG; 1000MG, 5MG; 500MG	1	
Agentes antidiabéticos		
BAQSIMI ONE PACK POWDER 3MG/DOSE	1	
BAQSIMI TWO PACK POWDER 3MG/DOSE	1	
<i>diazoxide suspension 50mg/ml</i>	1	
GLUCAGON EMERGENCY KIT FOR LOW BLOOD SUGAR INJECTION 1MG	1	
<i>glucagon emergency kit injection 1mg</i>	1	
GVOKE HYPOPEN 1-PACK INJECTION 0.5MG/0.1ML, 1MG/0.2ML	1	
GVOKE HYPOPEN 2-PACK INJECTION 0.5MG/0.1ML, 1MG/0.2ML	1	
GVOKE KIT INJECTION 1MG/0.2ML	1	
GVOKE PFS INJECTION 0.5MG/0.1ML, 1MG/0.2ML	1	
Insulinas		
FIASP FLEXTOUCH INJECTION 100UNIT/ML	1	
FIASP PENFILL INJECTION 100UNIT/ML	1	
FIASP INJECTION 100UNIT/ML	1	
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN INJECTION 100UNIT/ML	1	
HUMALOG KWIKPEN INJECTION 100UNIT/ML, 200UNIT/ML	1	
HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN INJECTION 50UNIT/ML; 50UNIT/ML	1	
HUMALOG MIX 50/50 INJECTION 50UNIT/ML; 50UNIT/ML	1	
HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN INJECTION 25UNIT/ML; 75UNIT/ML	1	
HUMALOG MIX 75/25 INJECTION 25UNIT/ML; 75UNIT/ML	1	
HUMALOG INJECTION 100UNIT/ML	1	
HUMULIN 70/30 KWIKPEN INJECTION 30UNIT/ML; 70UNIT/ML	1	
HUMULIN 70/30 INJECTION 30UNIT/ML; 70UNIT/ML	1	
HUMULIN N KWIKPEN INJECTION 100UNIT/ML	1	
HUMULIN N INJECTION 100UNIT/ML	1	
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED) INJECTION 500UNIT/ML	1	
HUMULIN R U-500 KWIKPEN INJECTION 500UNIT/ML	1	

ID de formulario: 26383, Fecha efectiva: 02/01/2026

Ultima actualización: 01/02/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
HUMULIN R INJECTION 100UNIT/ML	1	
INSULIN ASPART FLEXPEN INJECTION 100UNIT/ML	1	
INSULIN ASPART PENFILL INJECTION 100UNIT/ML	1	
INSULIN ASPART INJECTION 100UNIT/ML	1	
<i>insulin lispro injection 100unit/ml</i>	1	
LANTUS SOLOSTAR INJECTION 100UNIT/ML	1	
LANTUS INJECTION 100UNIT/ML	1	
LYUMJEV KWIKPEN INJECTION 100UNIT/ML, 200UNIT/ML	1	
LYUMJEV INJECTION 100UNIT/ML	1	
NOVOLIN 70/30 FLEXPEN RELION INJECTION 30UNIT/ML; 70UNIT/ML	1	
NOVOLIN 70/30 FLEXPEN INJECTION 30UNIT/ML; 70UNIT/ML	1	
NOVOLIN 70/30 RELION INJECTION 30UNIT/ML; 70UNIT/ML	1	
NOVOLIN 70/30 INJECTION 30UNIT/ML; 70UNIT/ML	1	
NOVOLIN N FLEXPEN RELION INJECTION 100UNIT/ML	1	
NOVOLIN N FLEXPEN INJECTION 100UNIT/ML	1	
NOVOLIN N RELION INJECTION 100UNIT/ML	1	
NOVOLIN N INJECTION 100UNIT/ML	1	
NOVOLIN R FLEXPEN RELION INJECTION 100UNIT/ML	1	
NOVOLIN R FLEXPEN INJECTION 100UNIT/ML	1	
NOVOLIN R RELION INJECTION 100UNIT/ML	1	
NOVOLIN R INJECTION 100UNIT/ML	1	
NOVOLOG FLEXPEN RELION INJECTION 100UNIT/ML	1	
NOVOLOG FLEXPEN INJECTION 100UNIT/ML	1	
NOVOLOG MIX 70/30 PREFILLED FLEXPEN RELION INJECTION 30UNIT/ML; 70UNIT/ML	1	
NOVOLOG MIX 70/30 PREFILLED FLEXPEN INJECTION 30UNIT/ML; 70UNIT/ML	1	
NOVOLOG MIX 70/30 RELION INJECTION 30UNIT/ML; 70UNIT/ML	1	
NOVOLOG MIX 70/30 INJECTION 30UNIT/ML; 70UNIT/ML	1	
NOVOLOG PENFILL INJECTION 100UNIT/ML	1	
NOVOLOG RELION INJECTION 100UNIT/ML	1	
NOVOLOG INJECTION 100UNIT/ML	1	
TOUJEO MAX SOLOSTAR INJECTION 300UNIT/ML	1	
TOUJEO SOLOSTAR INJECTION 300UNIT/ML	1	

ID de formulario: 26383, Fecha efectiva: 02/01/2026

Ultima actualización: 01/02/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
TRESIBA FLEXTouch INJECTION 100UNIT/ML, 200UNIT/ML	1	
TRESIBA INJECTION 100UNIT/ML	1	
Relajantes musculares esqueléticos		
<i>Relajantes musculares esqueléticos</i>		
<i>cyclobenzaprine hydrochloride tablet 10mg, 5mg</i>	1	PA
<i>methocarbamol tablet 500mg, 750mg</i>	1	
<i>orphenadrine citrate er tablet extended release 12 hour 100mg</i>	1	
Trastorno genético, enzimático o proteico: Reemplazo, modificadores, tratamiento		
<i>Trastorno genético, enzimático o proteico: Reemplazo, modificadores, tratamiento</i>		
<i>betaine anhydrous powder 0</i>	1	
CERDELGA CAPSULE 84MG	1	PA
CHOLBAM CAPSULE 250MG, 50MG	1	PA
CREON CAPSULE DELAYED RELEASE PARTICLES 120000UNIT; 24000UNIT; 76000UNIT, 15000UNIT; 3000UNIT; 9500UNIT, 180000UNIT; 36000UNIT; 114000UNIT, 30000UNIT; 6000UNIT; 19000UNIT, 60000UNIT; 12000UNIT; 38000UNIT	1	
<i>cromolyn sodium concentrate 100mg/5ml</i>	1	
CYSTAGON CAPSULE 150MG, 50MG	1	
EVRYSDI SOLUTION RECONSTITUTED 0.75MG/ML	1	QL(240 ML por 30 días); PA
FABRAZYME INJECTION 35MG, 5MG	1	PA
<i>l-glutamine packet 5gm</i>	1	PA
<i>miglustat capsule 100mg</i>	1	PA
<i>nitisinone capsule 10mg, 20mg, 2mg, 5mg</i>	1	
ONPATTRO INJECTION 10MG/5ML	1	PA
PROLASTIN-C INJECTION 1000MG/20ML	1	PA
PYRUKYND TAPER PACK TABLET THERAPY PACK 0, 5MG	1	QL(30 EA por 30 días); PA
PYRUKYND TABLET 50MG	1	QL(120 EA por 30 días); PA
PYRUKYND TABLET 20MG, 5MG	1	QL(60 EA por 30 días); PA
REVCovi INJECTION 2.4MG/1.5ML	1	PA
<i>sapropterin dihydrochloride packet 100mg, 500mg</i>	1	PA
<i>sapropterin dihydrochloride tablet 100mg</i>	1	PA
<i>sodium phenylbutyrate powder 3gm/tsp</i>	1	
SUCRAID SOLUTION 8500UNIT/ML	1	PA

ID de formulario: 26383, Fecha efectiva: 02/01/2026

Ultima actualización: 01/02/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
WELIREG TABLET 40MG	1	PA NSO
<i>yargesa capsule 100mg</i>	1	PA
ZELVYSIA PACKET 100MG, 500MG	1	PA
ZENPEP CAPSULE DELAYED RELEASE PARTICLES 105000UNIT; 25000UNIT; 79000UNIT, 14000UNIT; 3000UNIT; 10000UNIT, 168000UNIT; 40000UNIT; 126000UNIT, 24000UNIT; 5000UNIT; 17000UNIT, 252600UNIT; 60000UNIT; 189600UNIT, 42000UNIT; 10000UNIT; 32000UNIT, 63000UNIT; 15000UNIT; 47000UNIT, 84000UNIT; 20000UNIT; 63000UNIT	1	

ID de formulario: 26383, Fecha efectiva: 02/01/2026

Ultima actualización: 01/02/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Índice de Drogas

Nombre del medicamento	Página
<i>abacavir</i>	73
<i>abacavir sulfate/lamivudine</i>	73
ABELCET	60
<i>abigale</i>	27
<i>abigale lo</i>	27
ABILIFY MAINTENA	69
<i>abiraterone acetate</i>	61
<i>abirtega</i>	61
ABRYSVO	38
<i>acamprosate calcium dr</i>	42
<i>acarbose</i>	77
<i>acebutolol hydrochloride</i>	12
<i>acetaminophen/codeine</i>	48
<i>acetaminophen/codeine phosphate</i>	48
<i>acetazolamide</i>	40
<i>acetazolamide er</i>	40
<i>acetic acid</i>	47
<i>acetic acid 0.25%</i>	26
<i>acitretin</i>	22
ACTHIB	38
ACTIMMUNE	35
<i>acyclovir</i>	24
<i>acyclovir</i>	72
<i>acyclovir sodium</i>	72
ADACEL	38
ADALIMUMAB-AATY 1-PEN KIT	36
ADALIMUMAB-AATY 2-PEN KIT	36
ADALIMUMAB-AATY 2-SYRINGE	36
<i>adalimumab-aaty cd/uc/hs starter</i>	36
ADALIMUMAB-ADBM	36
ADALIMUMAB-ADBM CROHNS/UC/HS	36
STARTER	
ADALIMUMAB-ADBM	36
PSORIASIS/VEITIS STARTER	
ADALIMUMAB-ADBM STARTER	36
PACKAGE FOR CROHNS	
DISEASE/UC/HS	
ADALIMUMAB-ADBM STARTER	36
PACKAGE FOR PSORIASIS/VEITIS	
<i>adapalene/benzoyl peroxide</i>	22

Nombre del medicamento	Página
ADBRY	23
<i>adefovir dipivoxil</i>	74
ADEMPAS	44
ADVAIR HFA	42
<i>afirmelle</i>	27
AIMOVIG	10
AIRSUPRA	42
AKEEGA	62
<i>ala-cort</i>	23
<i>albendazole</i>	68
<i>albuterol sulfate</i>	45
<i>albuterol sulfate hfa</i>	45
<i>alclometasone dipropionate</i>	23
ALCOHOL PREP PADS	46
ALECENSA	63
<i>alendronate sodium</i>	17
<i>alfuzosin hcl er</i>	26
ALINIA	68
<i>aliskiren</i>	13
<i>allopurinol</i>	17
<i>alosetron hydrochloride</i>	24
<i>alprazolam</i>	50
<i>altavera</i>	27
ALUNBRIG	63
<i>alyacen 1/35</i>	27
<i>alyacen 7/7/7</i>	28
<i>alyq</i>	44
<i>amabelz</i>	28
<i>amantadine hcl</i>	71
<i>ambrisentan</i>	44
<i>amethia</i>	28
<i>amethyst</i>	28
<i>amikacin sulfate</i>	50
<i>amiloride hcl</i>	16
<i>amiloride/hydrochlorothiazide</i>	13
AMINOSYN II	75
AMINOSYN-PF	75
<i>amiodarone hydrochloride</i>	14
<i>amitriptyline hcl</i>	57
<i>amitriptyline hydrochloride</i>	57
<i>amlodipine besylate</i>	12
<i>amlodipine besylate/benazepril</i>	13
<i>hydrochloride</i>	

ID de formulario: 26383, Fecha efectiva: 02/01/2026

Ultima actualización: 01/02/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>amlodipine besylate/valsartan</i>	13	ATROVENT HFA	45
<i>ammonium lactate</i>	23	<i>aubra eq</i>	28
AMNESTEEM	22	AUGMENTIN	52
<i>amoxapine</i>	57	AUGTYRO	63
<i>amoxicillin</i>	52	<i>aurovela 1.5/30</i>	28
<i>amoxicillin/clavulanate potassium</i>	52	<i>aurovela 1/20</i>	28
<i>amoxicillin/clavulanate potassium er</i>	52	<i>aurovela fe 1.5/30</i>	28
<i>amphetamine/dextroamphetamine</i>	19	<i>aurovela fe 1/20</i>	28
<i>amphotericin b</i>	60	AUSTEDO	20
<i>amphotericin b liposome</i>	60	AUSTEDO XR	20
<i>ampicillin</i>	52	AUSTEDO XR PATIENT TITRATION	20
<i>ampicillin sodium</i>	52	KIT	
<i>ampicillin/sulbactam</i>	52	AUVELITY	57
<i>ampicillin-sulbactam</i>	52	<i>aviane</i>	28
<i>anagrelide hydrochloride</i>	77	AVMAPKI FAKZYNJA CO-PACK	63
<i>anastrozole</i>	63	AVONEX	18
ANORO ELLIPTA	42	AVONEX PEN	18
<i>aprepitant</i>	59	<i>ayuna</i>	28
APTIVUS	70	AYVAKIT	63
AREXVY	38	<i>azathioprine</i>	36
<i>arformoterol tartrate</i>	46	<i>azelaic acid</i>	22
<i>arikayce</i>	50	<i>azelastine hcl</i>	39
<i>aripiprazole</i>	69	<i>azelastine hcl</i>	44
<i>aripiprazole odt</i>	69	<i>azelastine hydrochloride</i>	44
ARISTADA	69	<i>azithromycin</i>	53
ARISTADA INITIO	69	<i>aztreonam</i>	50
ARMODAFINIL	21	<i>azurette</i>	28
ARNUITY ELLIPTA	45	<i>bacitracin</i>	41
<i>asenapine maleate sl</i>	69	<i>bacitracin/polymyxin b</i>	40
<i>ashlyna</i>	28	<i>baclofen</i>	10
<i>aspirin/dipyridamole</i>	76	<i>balsalazide disodium</i>	17
<i>aspirin/dipyridamole er</i>	76	BALVERSA	63
<i>atazanavir</i>	70	<i>balziva</i>	28
<i>atazanavir sulfate</i>	70	BAQSIMI ONE PACK	79
<i>atenolol</i>	12	BAQSIMI TWO PACK	79
<i>atenolol/chlorthalidone</i>	13	BARACLUDE	74
<i>atomoxetine</i>	20	<i>bcg vaccine</i>	38
<i>atomoxetine hydrochloride</i>	20	BD INSULIN SYRINGE	46
<i>atorvastatin calcium</i>	15	SAFETYGLIDE/1ML/29G X 1/2"	
<i>atovaquone</i>	68	B-D INSULIN SYRINGE ULTRAFINE	46
<i>atovaquone/proguanil hcl</i>	68	II/0.3ML/31G X 5/16"	
<i>atovaquone/proguanil hydrochloride</i>	68	BD INSULIN SYRINGE ULTRA-	46
<i>atropine sulfate</i>	40	FINE/0.5ML/30G X 12.7MM	

ID de formulario: 26383, Fecha efectiva: 02/01/2026

Ultima actualización: 01/02/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
BD INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE/1ML/31G X 8MM	46	BRIMONIDINE TARTRATE	40
BD INSULIN SYRINGE/1ML/29G X 12.7MM	46	<i>brimonidine tartrate/timolol maleate</i>	40
BD PEN NEEDLE/ORIGINAL/ULTRA-FINE/29G X 12.7MM	46	BRIVIACT	56
BD VEO INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE/0.3ML/31G X 6MM	46	<i>bromfenac sodium</i>	41
BELSOMRA	21	<i>bromocriptine mesylate</i>	11
<i>benazepril hydrochloride</i>	16	BRONCHITOL	43
<i>benazepril hydrochloride/hydrochlorothiazide</i>	13	BRUKINSA	63
BENLYSTA	34	<i>budesonide</i>	17
<i>benznidazole</i>	68	<i>budesonide</i>	45
<i>benztropine mesylate</i>	11	<i>budesonide er</i>	17
BESIVANCE	41	<i>budesonide/formoterol fumarate dihydrate</i>	43
BESREMI	35	<i>bumetanide</i>	16
<i>betaine anhydrous</i>	81	<i>buprenorphine</i>	48
<i>betamethasone dipropionate</i>	23	<i>buprenorphine hcl</i>	42
<i>betamethasone dipropionate augmented</i>	23	<i>buprenorphine hcl/naloxone hcl</i>	42
<i>betamethasone valerate</i>	23	<i>buprenorphine hydrochloride/naloxone hydrochloride</i>	42
BETASERON	18	<i>bupropion hydrochloride</i>	57
<i>betaxolol hcl</i>	12	<i>bupropion hydrochloride er (sr)</i>	42
<i>betaxolol hcl</i>	39	<i>bupropion hydrochloride er (sr)</i>	57
<i>bethanechol chloride</i>	26	<i>bupropion hydrochloride er (xl)</i>	57
<i>bexarotene</i>	67	<i>buspirone hcl</i>	49
BEXSERO	38	<i>buspirone hydrochloride</i>	49
<i>bicalutamide</i>	61	<i>butalbital/acetaminophen/caffeine</i>	20
BICILLIN L-A	52	CABENUVA	72
BIKTARVY	72	<i>cabergoline</i>	33
<i>bisoprolol fumarate</i>	12	CABLIVI	76
<i>bisoprolol fumarate/hydrochlorothiazide</i>	13	CABOMETYX	63
BIVIGAM	35	<i>calcipotriene</i>	22
<i>blisovi fe 1.5/30</i>	28	<i>calcitonin-salmon</i>	18
<i>blisovi fe 1/20</i>	28	<i>calcitriol</i>	18
BONSITY	18	<i>calcium acetate</i>	74
BOOSTRIX	38	CALQUENCE	63
BOSULIF	63	<i>camila</i>	31
BRAFTOVI	63	<i>camrese</i>	28
BREO ELLIPTA	42	<i>camrese lo</i>	28
<i>breyana</i>	42	<i>candesartan cilexetil</i>	14
BREZTRI AEROSPHERE	42	<i>candesartan cilexetil/hydrochlorothiazide</i>	13
<i>briellyn</i>	28	CAPLYTA	69
		CAPRELSA	63
		<i>captopril</i>	16
		<i>captopril/hydrochlorothiazide</i>	13
		<i>carbamazepine</i>	55

ID de formulario: 26383, Fecha efectiva: 02/01/2026

Ultima actualización: 01/02/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>carbamazepine er</i>	55	<i>ciclopirox</i>	24
<i>carbidopa</i>	11	<i>ciclopirox nail lacquer</i>	24
<i>carbidopa/levodopa</i>	11	<i>ciclopirox olamine</i>	24
<i>carbidopa/levodopa er</i>	11	<i>cilostazol</i>	76
<i>carbidopa/levodopa odt</i>	11	CIMDUO	73
<i>carglumic acid</i>	75	<i>cinacalcet hydrochloride</i>	18
<i>carteolol hcl</i>	39	CINRYZE	35
<i>cartia xt</i>	12	<i>ciprofloxacin hcl</i>	53
<i>carvedilol</i>	12	<i>ciprofloxacin hydrochloride</i>	41
CASPOFUNGIN ACETATE	60	<i>ciprofloxacin hydrochloride</i>	53
CAYSTON	43	<i>ciprofloxacin i.v.-in d5w</i>	53
<i>cefaclor</i>	51	<i>cisplatin</i>	61
<i>cefadroxil</i>	51	<i>citalopram hydrobromide</i>	58
CEFAZOLIN	51	<i>claravis</i>	22
<i>cefazolin sodium</i>	51	<i>clarithromycin</i>	53
<i>cefdinir</i>	51	<i>clarithromycin er</i>	53
<i>cefepime</i>	51	CLENPIQ	25
<i>cefepime hydrochloride</i>	51	CLIMARA PRO	28
<i>cefepime/dextrose</i>	51	<i>clindacin etz pledgets</i>	50
<i>cefixime</i>	51	<i>clindacin-p</i>	50
<i>cefotaxime sodium</i>	51	<i>clindamycin hcl</i>	50
<i>cefotetan</i>	51	<i>clindamycin hydrochloride</i>	50
<i>cefoxitin sodium</i>	52	<i>clindamycin palmitate hydrochloride</i>	50
<i>cefpodoxime proxetil</i>	52	<i>clindamycin phosphate</i>	24
<i>cefprozil</i>	52	<i>clindamycin phosphate</i>	50
<i>ceftazidime</i>	52	<i>clindamycin phosphate/benzoyl peroxide</i>	22
<i>ceftriaxone sodium</i>	52	<i>clobazam</i>	54
<i>cefuroxime axetil</i>	52	<i>clobetasol propionate</i>	23
<i>cefuroxime sodium</i>	52	<i>clobetasol propionate e</i>	23
<i>celecoxib</i>	49	<i>clomipramine hydrochloride</i>	57
<i>cephalexin</i>	52	<i>clonazepam</i>	54
CERDELGA	81	<i>clonazepam odt</i>	54
<i>cetirizine hydrochloride</i>	44	<i>clonidine hydrochloride</i>	14
<i>chateal eq</i>	28	<i>clopidogrel</i>	76
CHEMET	74	<i>clorazepate dipotassium</i>	50
<i>chlorhexidine gluconate</i>	21	<i>clotrimazole</i>	60
<i>chloroquine phosphate</i>	68	<i>clotrimazole/betamethasone dipropionate</i>	22
<i>chlorpromazine hydrochloride</i>	68	<i>clozapine</i>	69
<i>chlorthalidone</i>	16	<i>clozapine odt</i>	69
CHOLBAM	81	COARTEM	68
<i>cholestyramine</i>	15	COBENFY	20
<i>cholestyramine light</i>	15	COBENFY STARTER PACK	20
<i>ciclodan</i>	24	<i>colchicine</i>	17

ID de formulario: 26383, Fecha efectiva: 02/01/2026

Ultima actualización: 01/02/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>colestipol hydrochloride</i>	15	<i>dasetta 7/7/7</i>	28
<i>colistimethate sodium</i>	50	DAURISMO	64
COMBIGAN	40	<i>daysee</i>	28
COMBIVENT RESPIMAT	43	<i>deblitane</i>	31
COMETRIQ	63	<i>deferasirox</i>	74
<i>compro</i>	59	DELSTRIGO	72
<i>constulose</i>	25	<i>delyla</i>	28
COPIKTRA	63	<i>demeclocycline hcl</i>	53
<i>cortisone acetate</i>	32	<i>demeclocycline hydrochloride</i>	54
COSENTYX	34	DENG VAXIA	38
COSENTYX SENSOREADY PEN	34	DEPO-SUBQ PROVERA 104	31
COSENTYX UNOREADY	34	DESCOVY	73
COTELLIC	63	<i>desipramine hydrochloride</i>	57
CREON	81	<i>desmopressin acetate</i>	27
CRESEMBA	60	<i>desogestrel/ethinyl estradiol</i>	28
<i>cromolyn sodium</i>	39	<i>desonide</i>	23
<i>cromolyn sodium</i>	46	<i>desoximetasone</i>	23
<i>cromolyn sodium</i>	81	<i>desvenlafaxine er</i>	58
<i>cryselle-28</i>	28	<i>dexamethasone</i>	32
CTEXLI	25	<i>dexamethasone sodium phosphate</i>	41
CURITY GAUZE PADS 2"X2" 12 PLY	46	<i>dexmethylphenidate hcl</i>	20
<i>cyclobenzaprine hydrochloride</i>	81	<i>dexmethylphenidate hydrochloride</i>	20
<i>cyclophosphamide</i>	61	<i>dextroamphetamine sulfate</i>	20
<i>cycloserine</i>	59	<i>dextrose 5%</i>	75
<i>cyclosporine</i>	36	<i>dextrose 5%/sodium chloride 0.45%</i>	75
<i>cyclosporine</i>	40	<i>dextrose 5%/sodium chloride 0.9%</i>	75
<i>cyclosporine modified</i>	36	DIACOMIT	54
<i>cyproheptadine hydrochloride</i>	44	<i>diazepam</i>	50
CYSTAGON	81	<i>diazepam intensol</i>	50
CYSTARAN	40	<i>diazepam rectal gel</i>	54
<i>dabigatran etexilate</i>	76	<i>diazoxide</i>	79
<i>dalfampridine er</i>	18	<i>diclofenac sodium</i>	22
<i>danazol</i>	27	<i>diclofenac sodium</i>	41
<i>dantrolene sodium</i>	10	<i>diclofenac sodium</i>	49
DANZITEN	63	<i>diclofenac sodium dr</i>	49
<i>dapagliflozin propanediol</i>	16	<i>dicloxacillin sodium</i>	52
<i>dapsone</i>	59	<i>dicyclomine hydrochloride</i>	26
DAPTACEL	38	DIFICID	53
<i>daptomycin</i>	51	<i>digoxin</i>	15
DAPTOMYCIN/SODIUM CHLORIDE	51	<i>dihydroergotamine mesylate</i>	10
<i>darunavir</i>	70	DILANTIN	55
<i>dasatinib</i>	64	<i>diltiazem hcl</i>	12
<i>dasetta 1/35</i>	28	<i>diltiazem hcl cd</i>	12

ID de formulario: 26383, Fecha efectiva: 02/01/2026

Ultima actualización: 01/02/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>diltiazem hcl er</i>	12	EDURANT PED	73
<i>diltiazem hydrochloride</i>	12	<i>efavirenz</i>	73
<i>diltiazem hydrochloride er</i>	12	<i>efavirenz/emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate</i>	73
<i>dilt-xr</i>	12	<i>efavirenz/lamivudine/tenofovir disoproxil fumarate</i>	73
<i>dimethyl fumarate</i>	18	<i>effer-k</i>	75
<i>dimethyl fumarate starterpack</i>	18	<i>elinest</i>	28
<i>diphenhydramine hydrochloride</i>	44	ELIQUIS	76
<i>diphenoxylate hydrochloride/atropine sulfate</i>	24	ELIQUIS STARTER PACK	76
<i>disulfiram</i>	42	ELLA	47
<i>divalproex sodium dr</i>	54	ELMIRON	26
<i>divalproex sodium er</i>	54	<i>eltrombopag olamine</i>	77
<i>dofetilide</i>	15	<i>eluryng</i>	28
<i>dolishale</i>	28	EMCYT	61
<i>donepezil hcl</i>	10	EMGALITY	10
<i>donepezil hydrochloride</i>	10	EMPAVELI	34
DOPTELET	76	EMSAM	57
<i>dorzolamide hcl/timolol maleate</i>	40	<i>emtricitabine</i>	73
<i>dorzolamide hydrochloride</i>	40	<i>emtricitabine/rilpivirine/tenofovir disoproxil fumarate</i>	73
DOTTI	28	<i>emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate</i>	73
DOVATO	72	<i>emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate</i>	73
<i>doxazosin mesylate</i>	26	EMTRIVA	73
<i>doxepin hcl</i>	57	<i>emzahh</i>	31
<i>doxepin hydrochloride</i>	58	<i>enalapril maleate</i>	16
<i>doxycycline</i>	54	<i>enalapril maleate/hydrochlorothiazide</i>	13
<i>doxycycline hyclate</i>	21	ENBREL	36
<i>doxycycline hyclate</i>	54	ENBREL MINI	36
<i>doxycycline monohydrate</i>	54	ENBREL SURECLICK	36
DRIZALMA SPRINKLE	58	<i>endocet</i>	48
<i>dronabinol</i>	59	ENGERIX-B	38
DROXIA	62	<i>enilloring</i>	28
<i>droxidopa</i>	14	<i>enoxaparin sodium</i>	77
DULERA	43	<i>enpresse-28</i>	28
<i>duloxetine hydrochloride dr</i>	58	ENSACOVE	64
DUPIXENT	34	<i>entacapone</i>	11
<i>dutasteride</i>	26	<i>entecavir</i>	74
EASY COMFORT INSULIN	47	ENTRESTO	13
SYRINGE/0.3ML/31G X 1/2"		<i>enulose</i>	25
EASY COMFORT PEN NEEDLES	47	ENVARUS XR	36
29GX4MM		EPIDIOLEX	56
<i>ec-naproxen</i>	49	<i>epinephrine</i>	46
<i>econazole nitrate</i>	60		
EDURANT	73		

ID de formulario: 26383, Fecha efectiva: 02/01/2026

Ultima actualización: 01/02/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>epitol</i>	55	<i>famciclovir</i>	72
<i>eplerenone</i>	14	<i>famotidine</i>	26
EPRONTIA	56	FANAPT	69
<i>ergoloid mesylates</i>	10	FANAPT TITRATION PACK A	69
<i>ergotamine tartrate/caffeine</i>	10	FANAPT TITRATION PACK B	69
ERIVEDGE	64	FANAPT TITRATION PACK C	69
ERLEADA	61	FARXIGA	16
<i>erlotinib hydrochloride</i>	64	FASENRA	43
<i>errin</i>	31	FASENRA PEN	43
<i>ertapenem sodium</i>	53	<i>feirza 1.5/30</i>	29
<i>ery</i>	24	<i>feirza 1/20</i>	29
<i>erythromycin</i>	24	<i>felbamate</i>	56
<i>erythromycin</i>	41	<i>felodipine er</i>	12
<i>erythromycin dr</i>	53	<i>fenofibrate</i>	15
<i>erythromycin/benzoyl peroxide</i>	22	<i>fenofibrate micronized</i>	15
<i>escitalopram oxalate</i>	58	<i>fenofibric acid dr</i>	15
<i>eslicarbazepine acetate</i>	55	<i>fentanyl</i>	48
<i>esomeprazole magnesium</i>	26	<i>fentanyl citrate oral transmucosal</i>	48
<i>estarylla</i>	28	<i>fesoterodine fumarate er</i>	26
<i>estradiol</i>	28	FETZIMA	58
<i>estradiol/norethindrone acetate</i>	28	FETZIMA TITRATION PACK	58
ESTRING	29	FIASP	79
ESZOPICLONE	21	FIASP FLEXTOUCH	79
<i>ethambutol hydrochloride</i>	60	FIASP PENFILL	79
<i>ethosuximide</i>	54	<i>fidaxomicin</i>	53
<i>ethynodiol diacetate/ethinyl estradiol</i>	29	FINACEA	22
<i>etonogestrel/ethinyl estradiol</i>	29	<i>finasteride</i>	26
<i>etravirine</i>	73	<i>fingolimod hydrochloride</i>	18
EUCRISA	23	FINTEPLA	56
EULEXIN	61	FIRMAGON	33
<i>euthyrox</i>	32	FLAREX	41
<i>everolimus</i>	37	<i>flecainide acetate</i>	15
<i>everolimus</i>	64	<i>fluconazole</i>	60
EVOTAZ	70	<i>fluconazole in sodium chloride</i>	60
EVRYSDI	81	<i>flucytosine</i>	60
<i>exemestane</i>	63	<i>fludrocortisone acetate</i>	32
EXKIVITY	64	<i>fluocinolone acetonide</i>	23
EXXUA	57	<i>fluocinonide</i>	23
EXXUA TITRATION PACK	57	FLUOROURACIL	22
<i>ezetimibe</i>	15	<i>fluoxetine hydrochloride</i>	58
<i>ezetimibe/simvastatin</i>	15	<i>fluphenazine decanoate</i>	68
FABRAZYME	81	<i>fluphenazine hcl</i>	68
<i>falmina</i>	29	<i>fluphenazine hydrochloride</i>	68

ID de formulario: 26383, Fecha efectiva: 02/01/2026

Ultima actualización: 01/02/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>flurbiprofen</i>	49	GENVOYA	72
<i>flurbiprofen sodium</i>	41	GILOTRIF	64
<i>fluticasone propionate</i>	23	<i>glatiramer acetate</i>	18
<i>fluticasone propionate</i>	45	GLEOSTINE	61
<i>fluticasone propionate/salmeterol</i>	43	<i>glimepiride</i>	77
<i>fluticasone propionate/salmeterol diskus</i>	43	<i>glipizide</i>	78
<i>fluvastatin</i>	15	<i>glipizide er</i>	77
<i>fluvastatin sodium er</i>	15	<i>glipizide xl</i>	77
<i>fluvoxamine maleate</i>	58	<i>glipizide/metformin hydrochloride</i>	78
<i>fondaparinux sodium</i>	77	<i>glucagon emergency kit</i>	79
FORTEO	18	GLUCAGON EMERGENCY KIT FOR	79
<i>fosamprenavir calcium</i>	70	LOW BLOOD SUGAR	
<i>fosfomycin tromethamine</i>	51	<i>glyburide</i>	78
<i>fosinopril sodium</i>	16	<i>glyburide/metformin hydrochloride</i>	78
<i>fosinopril sodium/hydrochlorothiazide</i>	13	<i>glycopyrrolate</i>	26
FOTIVDA	64	GLYXAMBI	78
FRAGMIN	77	GOMEKLI	64
FRUZAQLA	64	<i>griseofulvin microsize</i>	60
<i>furosemide</i>	16	<i>griseofulvin ultramicrosize</i>	60
FUZEON	71	<i>guanfacine hydrochloride er</i>	20
<i>fyavolv</i>	29	GVOKE HYPOPEN 1-PACK	79
FYCOMPA	56	GVOKE HYPOPEN 2-PACK	79
<i>gabapentin</i>	54	GVOKE KIT	79
<i>galantamine hydrobromide</i>	10	GVOKE PFS	79
<i>galantamine hydrobromide er</i>	10	<i>hailey 1.5/30</i>	29
<i>gallifrey</i>	31	<i>hailey fe 1.5/30</i>	29
GAMASTAN	35	<i>hailey fe 1/20</i>	29
<i>ganciclovir</i>	71	<i>halobetasol propionate</i>	23
GARDASIL 9	38	<i>haloette</i>	29
<i>gatifloxacin</i>	41	<i>haloperidol</i>	68
<i>gavilyte-c</i>	25	<i>haloperidol decanoate</i>	68
<i>gavilyte-g</i>	25	<i>haloperidol lactate</i>	68
GAVRETO	64	HAVRIX	38
<i>gefitinib</i>	64	<i>heather</i>	31
<i>gemfibrozil</i>	15	<i>heparin sodium</i>	77
GEMTESA	27	HEPLISAV-B	38
<i>generlac</i>	25	HERNEXEOS	64
<i>gengraf</i>	37	HIBERIX	38
GENOTROPIN	27	HIZENTRA	35
GENOTROPIN MINQUICK	27	HUMALOG	79
<i>gentamicin sulfate</i>	41	HUMALOG JUNIOR KWIKPEN	79
<i>gentamicin sulfate</i>	50	HUMALOG KWIKPEN	79
<i>gentamicin sulfate pediatric</i>	50	HUMALOG MIX 50/50	79

ID de formulario: 26383, Fecha efectiva: 02/01/2026

Ultima actualización: 01/02/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN	79	<i>iclevia</i>	29
HUMALOG MIX 75/25	79	ICLUSIG	64
HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN	79	<i>icosapent ethyl</i>	15
HUMATIN	50	IDHIFA	64
HUMIRA	37	IGALMI	41
HUMIRA PEDIATRIC CROHNS	37	<i>imatinib mesylate</i>	64
DISEASE STARTER PACK		IMBRUVICA	64
HUMIRA PEN	37	<i>imipenem/cilastatin</i>	53
HUMIRA PEN-CD/UC/HS STARTER	37	<i>imipramine hcl</i>	58
HUMIRA PEN-PEDIATRIC UC	37	<i>imipramine hydrochloride</i>	58
STARTER PACK		<i>imiquimod</i>	22
HUMIRA PEN-PS/UV STARTER	37	IMKELDI	64
HUMULIN 70/30	79	IMOVAX RABIES (H.D.C.V.)	38
HUMULIN 70/30 KWIKPEN	79	IMPAVIDO	51
HUMULIN N	79	INBRIJA	11
HUMULIN N KWIKPEN	79	<i>incassia</i>	31
HUMULIN R	80	INCRELEX	27
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED)	79	INCRUSE ELLIPTA	45
HUMULIN R U-500 KWIKPEN	79	<i>indapamide</i>	16
<i>hydralazine hydrochloride</i>	17	<i>indomethacin</i>	49
<i>hydrochlorothiazide</i>	16	<i>indomethacin er</i>	49
<i>hydrocodone bitartrate/acetaminophen</i>	48	INFANRIX	38
<i>hydrocodone/acetaminophen</i>	48	<i>infliximab</i>	37
<i>hydrocortisone</i>	17	INGREZZA	21
<i>hydrocortisone</i>	24	INLURIYO	61
<i>hydrocortisone</i>	32	INLYTA	64
<i>hydrocortisone valerate</i>	24	INQOVI	64
<i>hydromorphone hcl</i>	48	INREBIC	62
<i>hydromorphone hydrochloride</i>	48	INSULIN ASPART	80
<i>hydroxychloroquine sulfate</i>	68	INSULIN ASPART FLEXPEN	80
<i>hydroxyurea</i>	62	INSULIN ASPART PENFILL	80
<i>hydroxyzine hcl</i>	44	<i>insulin lispro</i>	80
<i>hydroxyzine hydrochloride</i>	44	INTELENCE	73
<i>hydroxyzine pamoate</i>	44	<i>introvale</i>	29
HYPERHEP B	35	INVEGA HAFYERA	69
HYRNUO	64	INVEGA SUSTENNA	69
<i>ibandronate sodium</i>	18	INVEGA TRINZA	69
IBRANCE	62	IPOL INACTIVATED IPV	38
IBRANCE	64	<i>ipratropium bromide</i>	45
IBTROZI	64	<i>ipratropium bromide/albuterol sulfate</i>	43
<i>ibu</i>	49	<i>irbesartan</i>	14
<i>ibuprofen</i>	49	<i>irbesartan/hydrochlorothiazide</i>	13
<i>icatibant acetate</i>	35	ISENTRESS	72

ID de formulario: 26383, Fecha efectiva: 02/01/2026

Ultima actualización: 01/02/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
ISENTRESS HD	72	KESIMPTA	18
ISONIAZID	60	<i>ketoconazole</i>	60
<i>isosorbide dinitrate</i>	17	<i>ketorolac tromethamine</i>	41
<i>isosorbide mononitrate</i>	17	<i>ketorolac tromethamine</i>	49
<i>isosorbide mononitrate er</i>	17	KINERET	34
<i>isotretinoin</i>	22	KINRIX	38
ISTURISA	27	KIONEX	74
ITOVEBI	62	KISQALI	65
<i>itraconazole</i>	60	KISQALI FEMARA 200 DOSE	62
<i>ivabradine hydrochloride</i>	13	KISQALI FEMARA 400 DOSE	62
<i>ivermectin</i>	68	KISQALI FEMARA 600 DOSE	62
IWILFIN	62	<i>klayesta</i>	60
IXIARO	38	<i>klor-con 10</i>	75
<i>jaimiess</i>	29	<i>klor-con 8</i>	75
JAKAFI	64	<i>klor-con m10</i>	75
<i>jantoven</i>	77	<i>klor-con m15</i>	75
JANUMET	78	<i>klor-con m20</i>	75
JANUMET XR	78	<i>klor-con/ef</i>	75
JANUVIA	78	KLOXXADO	42
JARDIANCE	17	KOMZIFTI	62
JAYPIRCA	64	KOSELUGO	65
<i>jencycla</i>	31	<i>kourzeq</i>	21
JENTADUETO	78	KRAZATI	65
JENTADUETO XR	78	<i>kurvelo</i>	29
<i>jinteli</i>	29	<i>labetalol hydrochloride</i>	12
<i>jolessa</i>	29	<i>lacosamide</i>	55
JOURNAVX	49	<i>lactulose</i>	25
JUBBONTI	18	<i>lamivudine</i>	73
JUBLIA	60	<i>lamivudine</i>	74
JULUCA	72	<i>lamivudine/zidovudine</i>	73
<i>junel 1.5/30</i>	29	<i>lamotrigine</i>	56
<i>junel 1/20</i>	29	<i>lamotrigine starter kit/blue</i>	56
<i>junel fe 1.5/30</i>	29	<i>lamotrigine starter kit/green</i>	56
<i>junel fe 1/20</i>	29	<i>lamotrigine starter kit/orange</i>	56
JYLAMVO	37	<i>lansoprazole</i>	26
JYNARQUE	74	LANTUS	80
JYNNEOS	38	LANTUS SOLOSTAR	80
KALETRA	71	<i>lapatinib ditosylate</i>	65
KALYDECO	43	<i>larin 1.5/30</i>	29
<i>kariva</i>	29	<i>larin 1/20</i>	29
<i>kelnor 1/35</i>	29	<i>larin fe 1.5/30</i>	29
<i>kelnor 1/50</i>	29	<i>larin fe 1/20</i>	29
KERENDIA	14	<i>latanoprost</i>	41

ID de formulario: 26383, Fecha efectiva: 02/01/2026

Ultima actualización: 01/02/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
LAZCLUZE	62	liomny	33
leflunomide	37	liothyronine sodium	33
lenalidomide	61	lisinopril	16
LENVIMA 10 MG DAILY DOSE	65	lisinopril/hydrochlorothiazide	14
LENVIMA 12MG DAILY DOSE	65	lithium	41
LENVIMA 14 MG DAILY DOSE	65	lithium carbonate	41
LENVIMA 18 MG DAILY DOSE	65	lithium carbonate er	41
LENVIMA 20 MG DAILY DOSE	65	LIVMARLI	25
LENVIMA 24 MG DAILY DOSE	65	LIVTENCITY	71
LENVIMA 4 MG DAILY DOSE	65	lojaimiess	30
LENVIMA 8 MG DAILY DOSE	65	LOKELMA	74
lessina	29	lomustine	61
letrozole	63	LONSURF	62
leucovorin calcium	62	loperamide hydrochloride	24
LEUKERAN	61	lopinavir/ritonavir	71
leuprolide acetate	33	lorazepam	50
levalbuterol hydrochloride	46	lorazepam intensol	50
levalbuterol tartrate hfa	46	LORBRENA	65
levetiracetam	56	losartan potassium	14
levetiracetam er	56	losartan potassium/hydrochlorothiazide	14
levobunolol hcl	39	LOTEMAX SM	41
levocetirizine dihydrochloride	45	lovastatin	15
levofloxacin	41	low-ogestrel	30
levofloxacin	53	loxapine	68
levofloxacin in d5w	53	lubiprostone	25
levonest	29	luizza 1.5/30	30
levonorgestrel and ethinyl estradiol	29	luizza 1/20	30
levonorgestrel/ethinyl estradiol	30	LUMAKRAS	65
levora 0.15/30-28	30	LUMIGAN	41
levo-t	32	LUPRON DEPOT (1-MONTH)	33
levothyroxine sodium	32	LUPRON DEPOT (3-MONTH)	33
levoxyl	33	LUPRON DEPOT (4-MONTH)	33
LEXIVA	71	LUPRON DEPOT (6-MONTH)	33
l-glutamine	81	LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH)	33
LIBERVANT	54	LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH)	33
lidocaine	49	lurasidone hydrochloride	69
lidocaine hydrochloride	49	lutura	30
lidocaine hydrochloride viscous	21	LYBALVI	69
lidocaine viscous	21	lyleq	31
lidocaine/prilocaine	49	lyllana	30
LILETTA	31	LYNPARZA	65
linezolid	51	LYSODREN	62
LINZESS	25	LYTGOBI	65

ID de formulario: 26383, Fecha efectiva: 02/01/2026

Ultima actualización: 01/02/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
LYUMJEV	80	<i>methylphenidate hydrochloride</i>	20
LYUMJEV KWIKPEN	80	<i>methylprednisolone</i>	32
<i>lyza</i>	31	<i>methylprednisolone dose pack</i>	32
<i>magnesium sulfate</i>	75	<i>metoclopramide hcl</i>	25
<i>malathion</i>	24	<i>metoclopramide hydrochloride</i>	25
<i>maraviroc</i>	71	<i>metolazone</i>	16
<i>marlissa</i>	30	<i>metoprolol succinate er</i>	12
MARPLAN	57	<i>metoprolol tartrate</i>	12
MATULANE	61	<i>metronidazole</i>	22
MAVYRET	72	<i>metronidazole</i>	51
MAYZENT	18	<i>metronidazole vaginal</i>	51
MAYZENT STARTER PACK	18	<i>metyrosine</i>	14
<i>meclizine hcl</i>	59	<i>mexiletine hydrochloride</i>	15
<i>medroxyprogesterone acetate</i>	32	<i>miconazole</i>	60
<i>mefloquine hydrochloride</i>	68	<i>microgestin 1.5/30</i>	30
<i>megestrol acetate</i>	32	<i>microgestin 1/20</i>	30
MEKINIST	65	<i>microgestin fe 1.5/30</i>	30
MEKTOVI	65	<i>microgestin fe 1/20</i>	30
<i>meleva</i>	32	<i>midodrine hydrochloride</i>	14
<i>meloxicam</i>	49	<i>mifepristone</i>	33
<i>memantine hcl titration pak</i>	10	<i>miglustat</i>	81
<i>memantine hydrochloride</i>	10	<i>mili</i>	30
<i>memantine/donepezil hydrochloride er</i>	10	<i>mimvey</i>	30
MENACTRA	38	<i>minocycline hcl</i>	54
MENEST	30	<i>minocycline hydrochloride</i>	54
<i>menquadfi</i>	38	<i>minoxidil</i>	17
MENVEO	38	<i>mirtazapine</i>	57
<i>mercaptopurine</i>	62	<i>mirtazapine odt</i>	57
<i>meropenem</i>	53	<i>misoprostol</i>	26
<i>mesalamine</i>	17	M-M-R II	38
<i>mesalamine er</i>	17	<i>modafinil</i>	21
<i>mesna</i>	63	MODEYSO	62
<i>metformin hydrochloride</i>	78	<i>moexipril hydrochloride</i>	16
<i>metformin hydrochloride er</i>	78	<i>molindone hydrochloride</i>	68
<i>methadone hcl</i>	48	<i>mometasone furoate</i>	24
<i>methadone hydrochloride</i>	48	<i>mometasone furoate</i>	45
<i>methadone hydrochloride intensol</i>	48	<i>mono-lynyah</i>	30
<i>methimazole</i>	33	<i>montelukast sodium</i>	45
<i>methocarbamol</i>	81	<i>morphine sulfate</i>	48
<i>methotrexate</i>	37	<i>morphine sulfate er</i>	48
<i>methotrexate sodium</i>	37	MOUNJARO	78
<i>methsuximide</i>	54	<i>moxifloxacin hydrochloride/sodium</i>	53
<i>methyldopa</i>	14	<i>hydrochloride</i>	

ID de formulario: 26383, Fecha efectiva: 02/01/2026

Ultima actualización: 01/02/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>moxifloxacin hydrochloride</i>	41	<i>nilotinib hydrochloride</i>	65
<i>moxifloxacin hydrochloride</i>	53	<i>nilutamide</i>	61
MRESVIA	38	<i>nimodipine</i>	12
<i>mupirocin</i>	24	NINLARO	65
<i>mycophenolate mofetil</i>	37	<i>nitazoxanide</i>	68
<i>mycophenolic acid dr</i>	37	<i>nitisinone</i>	81
MYRBETRIQ	27	<i>nitrofurantoin macrocrystals</i>	51
<i>nabumetone</i>	49	<i>nitrofurantoin monohydrate</i>	51
<i>nadolol</i>	12	<i>nitrofurantoin monohydrate/macrocrystals</i>	51
<i>nafticillin sodium</i>	52	<i>nitroglycerin</i>	17
<i>naloxone hcl</i>	42	<i>nitroglycerin</i>	25
<i>naloxone hydrochloride</i>	42	<i>nitroglycerin transdermal</i>	17
<i>naltrexone hydrochloride</i>	42	<i>nizatidine</i>	26
<i>naproxen</i>	49	<i>nora-be</i>	32
<i>naproxen dr</i>	49	<i>norelgestromin/ethinyl estradiol</i>	30
NATACYN	41	<i>norethindrone</i>	32
<i>nateglinide</i>	78	<i>norethindrone acetate</i>	32
NAYZILAM	56	<i>norethindrone acetate/ethinyl estradiol</i>	30
<i>nebivolol hydrochloride</i>	12	<i>norethindrone acetate/ethinyl</i>	30
<i>necon 0.5/35-28</i>	30	<i>estradiol/ferrous fumarate</i>	
<i>nefazodone hydrochloride</i>	58	<i>norgestimate/ethinyl estradiol</i>	30
<i>neomycin sulfate</i>	50	<i>norlyroc</i>	32
<i>neomycin/bacitracin/polymyxin</i>	40	<i>nortrel 0.5/35 (28)</i>	30
<i>neomycin/polymyxin/bacitracin/hydrocortis</i>	40	<i>nortrel 1/35</i>	30
<i>one</i>		<i>nortrel 7/7/7</i>	30
<i>neomycin/polymyxin/dexamethasone</i>	40	<i>nortriptyline hcl</i>	58
<i>neomycin/polymyxin/gramicidin</i>	40	<i>nortriptyline hydrochloride</i>	58
<i>neomycin/polymyxin/hc</i>	47	NORVIR	71
<i>neomycin/polymyxin/hydrocortisone</i>	47	NOVOLIN 70/30	80
<i>neo-polycin</i>	40	NOVOLIN 70/30 FLEXPEN	80
<i>neo-polycin hc</i>	40	NOVOLIN 70/30 FLEXPEN RELION	80
NERLYNX	65	NOVOLIN 70/30 RELION	80
NEULASTA	77	NOVOLIN N	80
NEULASTA ONPRO KIT	77	NOVOLIN N FLEXPEN	80
<i>nevirapine</i>	73	NOVOLIN N FLEXPEN RELION	80
<i>nevirapine er</i>	73	NOVOLIN N RELION	80
NEXLETOL	15	NOVOLIN R	80
NEXLIZET	15	NOVOLIN R FLEXPEN	80
NEXPLANON	32	NOVOLIN R FLEXPEN RELION	80
<i>niacin er</i>	16	NOVOLIN R RELION	80
NICOTROL NS	42	NOVOLOG	80
<i>nifedipine er</i>	12	NOVOLOG FLEXPEN	80
NILOTINIB	65	NOVOLOG FLEXPEN RELION	80

ID de formulario: 26383, Fecha efectiva: 02/01/2026

Ultima actualización: 01/02/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
NOVOLOG MIX 70/30	80	OMNIPOD 5 LIBRE2 PLUS G6 INTRO	47
NOVOLOG MIX 70/30 PREFILLED	80	GEN 5	
FLEXPEN		OMNIPOD 5 LIBRE2 PLUS G6 PODS	47
NOVOLOG MIX 70/30 PREFILLED	80	OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3)	47
FLEXPEN RELION		OMNIPOD DASH INTRO KIT (GEN 4)	47
NOVOLOG MIX 70/30 RELION	80	OMNIPOD DASH PDM KIT (GEN 4)	47
NOVOLOG PENFILL	80	OMNIPOD DASH PODS (GEN 4)	47
NOVOLOG RELION	80	OMNIPOD GO 10 UNITS/DAY	47
NUBEQA	61	OMNIPOD GO 15 UNITS/DAY	47
NUCALA	43	OMNIPOD GO 20 UNITS/DAY	47
NUEDEXTA	21	OMNIPOD GO 25 UNITS/DAY	47
NUPLAZID	69	OMNIPOD GO 30 UNITS/DAY	47
NUTRILIPID	47	OMNIPOD GO 35 UNITS/DAY	47
<i>nyamyc</i>	60	OMNIPOD GO 40 UNITS/DAY	47
<i>nylia 1/35</i>	30	<i>ondansetron hcl</i>	59
<i>nylia 7/7/7</i>	30	<i>ondansetron hydrochloride</i>	59
<i>nystatin</i>	60	<i>ondansetron odt</i>	59
<i>nystatin/triamcinolone</i>	22	ONPATTRO	81
<i>nystatin/triamcinolone acetonide</i>	22	ONUREG	62
<i>nystop</i>	61	OPIZA	70
<i>octreotide acetate</i>	33	OPSUMIT	44
ODEFSEY	73	OPVEE	42
ODOMZO	65	<i>oralone dental paste</i>	21
OFEV	43	ORENCIA	34
<i>ofloxacin</i>	41	ORENCIA	37
<i>ofloxacin</i>	48	ORENCIA CLICKJECT	34
OGSIVEO	62	ORENITRAM	44
OJEMDA	62	ORENITRAM TITRATION KIT MONTH	44
OJJAARA	65	1	
<i>olanzapine</i>	70	ORENITRAM TITRATION KIT MONTH	44
<i>olanzapine odt</i>	70	2	
<i>olmesartan medoxomil</i>	14	ORENITRAM TITRATION KIT MONTH	44
<i>olmesartan medoxomil/hydrochlorothiazide</i>	14	3	
<i>omega-3-acid ethyl esters</i>	16	ORGOVYX	33
<i>omeprazole</i>	26	ORKAMBI	44
<i>omeprazole dr</i>	26	<i>orphenadrine citrate er</i>	81
OMNIPOD 5 DEXCOM G7G6 INTRO KIT	47	<i>orquidea</i>	32
(GEN 5)		ORSERDU	62
OMNIPOD 5 DEXCOM G7G6 PODS	47	<i>oseltamivir phosphate</i>	71
(GEN 5)		OSPHEA	27
OMNIPOD 5 G7 INTRO KIT (GEN 5)	47	OTEZLA	22
OMNIPOD 5 G7 PODS (GEN 5)	47	OTEZLA	34
		<i>oxaprozin</i>	49

ID de formulario: 26383, Fecha efectiva: 02/01/2026

Ultima actualización: 01/02/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>oxcarbazepine</i>	55	PIFELTRO	73
<i>oxybutynin chloride</i>	27	<i>pilocarpine hcl</i>	40
<i>oxybutynin chloride er</i>	27	<i>pilocarpine hydrochloride</i>	22
<i>oxycodone hydrochloride</i>	48	<i>pilocarpine hydrochloride</i>	40
<i>oxycodone/acetaminophen</i>	49	<i>pimecrolimus</i>	24
OZEMPIC	78	<i>pimozide</i>	68
PACERONE	15	<i>pimtrea</i>	30
<i>paliperidone er</i>	70	<i>pindolol</i>	12
PANRETIN	67	<i>pioglitazone hcl</i>	78
<i>pantoprazole sodium</i>	26	<i>pioglitazone hcl/metformin hcl</i>	78
<i>paricalcitol</i>	18	<i>pioglitazone hydrochloride</i>	78
<i>paroxetine hcl</i>	58	<i>piperacillin sodium/tazobactam sodium</i>	53
<i>paroxetine hydrochloride</i>	58	PIQRAY 200MG DAILY DOSE	66
PAXLOVID	74	PIQRAY 250MG DAILY DOSE	66
PAZOPANIB HYDROCHLORIDE	66	PIQRAY 300MG DAILY DOSE	66
PEDIARIX	38	<i>pirfenidone</i>	43
PEDVAX HIB	38	<i>piroxicam</i>	49
<i>peg-3350/electrolytes</i>	25	<i>pitavastatin calcium</i>	15
<i>peg-3350/nacl/na bicarbonate/kcl</i>	25	PLENAMINE	75
PEGASYS	35	<i>podofilox</i>	22
PEGASYS	37	<i>polycin</i>	40
PEMAZYRE	66	<i>polymyxin b sulfate/trimethoprim sulfate</i>	40
PENBRAYA	39	POMALYST	61
<i>penicillamine</i>	74	<i>portia-28</i>	30
<i>penicillin g sodium</i>	52	<i>posaconazole</i>	61
<i>penicillin v potassium</i>	53	<i>posaconazole dr</i>	61
PENMENVY	39	<i>potassium chloride</i>	76
PENTACEL	39	<i>potassium chloride er</i>	75
<i>pentamidine isethionate</i>	68	<i>potassium citrate er</i>	76
<i>pentoxifylline er</i>	14	PRALUENT	16
<i>perampanel</i>	56	<i>pramipexole dihydrochloride</i>	11
<i>perindopril erbumine</i>	16	<i>prasugrel hydrochloride</i>	76
<i>periogard</i>	22	<i>pravastatin sodium</i>	15
<i>permethrin</i>	24	<i>praziquantel</i>	68
<i>perphenazine</i>	68	<i>prazosin hydrochloride</i>	12
PERSERIS	70	<i>prednisolone</i>	32
<i>phenelzine sulfate</i>	57	<i>prednisolone acetate</i>	41
<i>phenobarbital</i>	54	<i>prednisolone sodium phosphate</i>	32
PHENYTEK	55	<i>prednisone</i>	32
<i>phenytoin</i>	55	<i>pregabalin</i>	54
<i>phenytoin sodium extended</i>	55	PREHEVBRIO	39
PHESGO	62	PREMARIN	30
<i>philith</i>	30	PREMPHASE	30

ID de formulario: 26383, Fecha efectiva: 02/01/2026

Ultima actualización: 01/02/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
PREMPRO	30	QUADRACEL	39
<i>prenatal</i>	76	<i>quetiapine fumarate</i>	70
<i>prevalite</i>	16	<i>quetiapine fumarate er</i>	70
PREVYMIS	71	<i>quinapril hydrochloride</i>	16
PREZCOBIX	71	<i>quinapril/hydrochlorothiazide</i>	14
PREZISTA	71	<i>quinidine sulfate</i>	15
PRIFTIN	60	<i>quinine sulfate</i>	68
<i>primaquine phosphate</i>	68	QULIPTA	11
<i>primidone</i>	55	QVAR REDIHALER	45
PRIORIX	39	RABAVERT	39
PRIVIGEN	35	<i>rabeprazole sodium</i>	26
PROAIR RESPICLICK	46	RALDESY	58
<i>probenecid</i>	17	<i>raloxifene hydrochloride</i>	27
<i>probenecid/colchicine</i>	17	<i>ramelteon</i>	21
<i>prochlorperazine</i>	59	<i>ramipril</i>	16
<i>prochlorperazine maleate</i>	59	<i>ranolazine er</i>	14
PROCRT	77	<i>rasagiline mesylate</i>	11
<i>procto-med hc</i>	17	RAYALDEE	18
<i>proctosol hc</i>	17	REBIF	19
<i>proctozone-hc</i>	17	REBIF REBIDOSE	19
<i>progesterone</i>	32	REBIF REBIDOSE TITRATION PACK	19
PROGRAF	38	REBIF TITRATION PACK	19
PROLASTIN-C	81	RECOMBIVAX HB	39
<i>promethazine hcl</i>	59	RELISTOR	25
<i>promethazine hydrochloride</i>	59	<i>repaglinide</i>	78
<i>promethazine hydrochloride plain</i>	59	REPATHA	16
<i>promethegan</i>	59	REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM	16
<i>propafenone hcl</i>	15	REPATHA SURECLICK	16
<i>propafenone hydrochloride</i>	15	RESTASIS	40
<i>propranolol hcl</i>	12	RESTASIS MULTIDOSE	40
<i>propranolol hydrochloride</i>	12	RETACRIT	77
<i>propranolol hydrochloride er</i>	12	RETEVMO	66
<i>propylthiouracil</i>	33	REVCovi	81
PROQUAD	39	REVUFORJ	62
<i>protriptyline hcl</i>	58	REXULTI	70
<i>prucalopride</i>	25	REYATAZ	71
PULMOZYME	44	REZDIFFRA	33
<i>pyrazinamide</i>	60	REZLIDHIA	66
<i>pyridostigmine bromide</i>	11	REZUROCK	38
<i>pyrimethamine</i>	68	RHOPRESSA	40
PYRUKYND	81	<i>ribavirin</i>	72
PYRUKYND TAPER PACK	81	<i>rifabutin</i>	59
QINLOCK	66	<i>rifampin</i>	60

ID de formulario: 26383, Fecha efectiva: 02/01/2026

Ultima actualización: 01/02/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>riluzole</i>	21	SEREVENT DISKUS	46
RINVOQ	34	<i>sertraline hcl</i>	58
RINVOQ LQ	34	<i>sertraline hydrochloride</i>	58
<i>risedronate sodium</i>	18	<i>setlakin</i>	31
<i>risperidone</i>	70	SFROWASA	17
<i>risperidone er</i>	70	<i>sharobel</i>	32
<i>risperidone odt</i>	70	SHINGRIX	39
<i>ritonavir</i>	71	SIGNIFOR	33
<i>rivastigmine tartrate</i>	10	<i>sildenafil citrate</i>	44
<i>rivastigmine transdermal system</i>	10	<i>silver sulfadiazine</i>	22
<i>rivelsa</i>	31	SIMBRINZA	40
RIVFLOZA	47	<i>simliya</i>	31
<i>rizatriptan benzoate</i>	10	<i>simpesse</i>	31
<i>rizatriptan benzoate odt</i>	10	<i>simvastatin</i>	15
ROCKLATAN	40	<i>sirolimus</i>	38
<i>roflumilast</i>	46	SIRTURO	60
ROMVIMZA	66	SKYCLARYS	47
<i>ropinirole hcl</i>	11	SKYRIZI	34
<i>ropinirole hydrochloride</i>	11	SKYRIZI PEN	34
<i>rosuvastatin calcium</i>	15	<i>sodium chloride</i>	76
<i>rosyrah</i>	31	<i>sodium chloride 0.45%</i>	76
ROTARIX	39	<i>sodium chloride 0.9%</i>	47
ROTATEQ	39	<i>sodium oxybate</i>	21
<i>roweepra</i>	56	<i>sodium phenylbutyrate</i>	81
ROZLYTREK	66	<i>sodium polystyrene sulfonate</i>	74
RUBRACA	66	<i>sodium sulfate/potassium sulfate/magnesium sulfate</i>	25
<i>rufinamide</i>	55	<i>sofosbuvir/velpatasvir</i>	72
RUKOBIA	71	<i>solifenacin succinate</i>	27
RYBELSUS	78	SOLQUA 100/33	78
RYDAPT	66	SOLTAMOX	62
RYTARY	11	SOMAVERT	33
<i>sacubitril/valsartan</i>	14	<i>sorafenib</i>	66
SANDIMMUNE	38	<i>sorafenib tosylate</i>	66
SANTYL	22	<i>sotalol hcl</i>	15
<i>sapropterin dihydrochloride</i>	81	<i>sotalol hydrochloride</i>	15
SAVELLA	19	<i>sotalol hydrochloride (af)</i>	15
SAVELLA TITRATION PACK	19	SPEVIGO	24
SCSEMBLIX	66	SPIRIVA RESPIMAT	45
<i>scopolamine</i>	59	<i>spironolactone</i>	14
SECUADO	70	<i>spironolactone/hydrochlorothiazide</i>	14
<i>selegiline hcl</i>	11	SPRAVATO 56MG DOSE	57
<i>selenium sulfide</i>	24	SPRAVATO 84MG DOSE	57
SELZENTRY	71		

ID de formulario: 26383, Fecha efectiva: 02/01/2026

Ultima actualización: 01/02/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>sprintec 28</i>	31	TALZENNA	67
SPRITAM	56	<i>tamoxifen citrate</i>	62
<i>sps</i>	74	<i>tamsulosin hydrochloride</i>	26
<i>sronyx</i>	31	<i>tarina fe 1/20 eq</i>	31
<i>ssd</i>	22	TAVNEOS	35
STAMARIL	39	<i>tazarotene</i>	22
STELARA	34	TAZICEF	52
STEQEYMA	35	<i>taztia xt</i>	13
STIOLTO RESPIMAT	43	TAZVERIK	67
STIVARGA	66	TDVAX	39
<i>streptomycin sulfate</i>	50	TEFLARO	52
STRIBILD	72	<i>telmisartan</i>	14
SUBVENITE	56	<i>telmisartan/hydrochlorothiazide</i>	14
<i>subvenite starter kit/blue</i>	56	<i>temazepam</i>	21
<i>subvenite starter kit/green</i>	56	TENIVAC	39
<i>subvenite starter kit/orange</i>	56	<i>tenofovir disoproxil fumarate</i>	73
SUCRAID	81	TEPMETKO	67
<i>sucrafate</i>	26	<i>terazosin hcl</i>	26
<i>sulfacetamide sodium</i>	41	<i>terazosin hydrochloride</i>	26
<i>sulfacetamide sodium/prednisolone sodium</i>	40	<i>terbinafine hcl</i>	61
<i>phosphate</i>		<i>terconazole</i>	61
<i>sulfadiazine</i>	53	<i>teriparatide</i>	18
<i>sulfamethoxazole/trimethoprim</i>	53	<i>testosterone</i>	27
<i>sulfamethoxazole/trimethoprim ds</i>	53	<i>testosterone cypionate</i>	27
<i>sulfasalazine</i>	17	<i>testosterone enanthate</i>	27
<i>sulindac</i>	49	<i>testosterone pump</i>	27
<i>sumatriptan</i>	10	TETANUS/DIPHTheria TOXOIDS-	39
<i>sumatriptan succinate</i>	10	ADSORBED ADULT	
<i>sunitinib malate</i>	66	<i>tetrabenazine</i>	21
SUNLENCA	71	<i>tetracycline hydrochloride</i>	54
SUTAB	25	TEVIMBRA	61
SYMPAZAN	55	THALOMID	61
SYMTUZA	71	<i>theophylline er</i>	46
SYNJARDY	78	<i>thioridazine hydrochloride</i>	68
SYNJARDY XR	78	<i>thiothixene</i>	68
TABLOID	62	<i>tiadylt er</i>	13
TABRECTA	66	<i>tiagabine hydrochloride</i>	55
<i>tacrolimus</i>	24	TIBSOVO	67
<i>tacrolimus</i>	38	<i>ticagrelor</i>	76
<i>tadalafil</i>	26	TICOVAC	39
<i>tadalafil</i>	44	<i>tigecycline</i>	51
TAFINLAR	66	<i>timolol maleate</i>	11
TAGRISSO	66	<i>timolol maleate</i>	39

ID de formulario: 26383, Fecha efectiva: 02/01/2026

Ultima actualización: 01/02/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>tinidazole</i>	51	<i>trihexyphenidyl hydrochloride</i>	11
<i>tiotropium bromide</i>	45	TRIJARDY XR	78
TIVICAY	72	TRIKAFTA	44
TIVICAY PD	72	<i>tri-linyah</i>	31
<i>tizanidine hcl</i>	10	<i>trimethoprim</i>	51
<i>tizanidine hydrochloride</i>	10	<i>tri-mili</i>	31
TOBRADEX ST	40	<i>trimipramine maleate</i>	58
<i>tobramycin</i>	41	TRINTELLIX	59
<i>tobramycin</i>	44	<i>tri-nymyo</i>	31
<i>tobramycin sulfate</i>	50	<i>tri-sprintec</i>	31
<i>tobramycin/dexamethasone</i>	41	TRIUMEQ	73
<i>topiramate</i>	56	TRIUMEQ PD	73
<i>topotecan hcl</i>	63	<i>trivora-28</i>	31
<i>topotecan hydrochloride</i>	63	<i>tri-vylibra</i>	31
<i>toremifene citrate</i>	62	TRULICITY	79
TORPENZ	67	TRUMENBA	39
<i>torsemide</i>	16	TRUQAP	67
TOUJEO MAX SOLOSTAR	80	TRYNGOLZA	16
TOUJEO SOLOSTAR	80	TUKYSA	67
TRADJENTA	78	TURALIO	67
<i>tramadol hydrochloride</i>	49	<i>turqoz</i>	31
<i>tramadol hydrochloride/acetaminophen</i>	49	TWINRIX	39
<i>trandolapril</i>	16	TYBOST	71
<i>tranexamic acid</i>	76	TYENNE	35
<i>tranylcypromine sulfate</i>	57	TYMLOS	18
<i>trazodone hydrochloride</i>	59	TYPHIM VI	39
TRECATOR	60	TYRVAYA	42
TRELEGY ELLIPTA	43	UBRELVY	11
TRELSTAR MIXJECT	34	UDENYCA	77
TRESIBA	81	UDENYCA ONBODY	77
TRESIBA FLEXTOUCH	81	<i>unithroid</i>	33
<i>tretinoin</i>	22	<i>urea</i>	22
<i>tretinoin</i>	67	<i>ursodiol</i>	25
<i>triamcinolone acetonide</i>	24	<i>ustekinumab</i>	35
<i>triamcinolone acetonide dental paste</i>	22	<i>valacyclovir hydrochloride</i>	72
<i>triamterene</i>	16	VALCHLOR	61
<i>triamterene/hydrochlorothiazide</i>	14	<i>valganciclovir</i>	71
<i>triderm</i>	24	<i>valganciclovir hydrochloride</i>	71
<i>trientine hydrochloride</i>	74	<i>valproic acid</i>	56
<i>tri-estarylla</i>	31	<i>valsartan</i>	14
<i>trifluoperazine hcl</i>	69	<i>valsartan/hydrochlorothiazide</i>	14
<i>trifluoperazine hydrochloride</i>	69	VALTOCO 10 MG DOSE	55
<i>trifluridine</i>	41	VALTOCO 15 MG DOSE	55

ID de formulario: 26383, Fecha efectiva: 02/01/2026

Ultima actualización: 01/02/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
VALTOCO 20 MG DOSE	55	VIREAD	73
VALTOCO 5 MG DOSE	55	VISTOGARD	47
<i>valtya 1/35</i>	31	VITRAKVI	67
<i>valtya 1/50</i>	31	VIVITROL	42
<i>vancomycin hcl</i>	51	VIVOTIF	39
<i>vancomycin hydrochloride</i>	51	VIZIMPRO	67
VANFLYTA	67	VOCABRIA	72
VAQTA	39	<i>volnea</i>	31
<i>varenicline starting month</i>	42	VONJO	62
<i>varenicline tartrate</i>	42	VOQUEZNA	26
VARIVAX	39	VOQUEZNA DUAL PAK	51
VAXCHORA	39	VOQUEZNA TRIPLE PAK	51
VAXELIS	39	VORANIGO	63
VELPHORO	74	<i>voriconazole</i>	61
VELTASSA	74	VOSEVI	72
VENCLEXTA	67	VOWST	26
VENCLEXTA STARTING PACK	67	VRAYLAR	70
<i>venlafaxine hydrochloride</i>	59	VUMERITY	19
<i>venlafaxine hydrochloride er</i>	59	<i>vyfemla</i>	31
VENTAVIS	44	VYJUVEK	72
VEOPOZ	35	<i>vylibra</i>	31
VEOZAH	21	VYNDAMAX	14
<i>verapamil hcl</i>	13	VYVGART HYTRULO	11
<i>verapamil hcl er</i>	13	VYVGART HYTRULO	35
<i>verapamil hcl sr</i>	13	VYZULTA	41
<i>verapamil hydrochloride</i>	13	<i>warfarin sodium</i>	77
<i>verapamil hydrochloride er</i>	13	WELIREG	82
<i>verapamil hydrochloride sr</i>	13	<i>wera</i>	31
VERQUVO	17	WEZLANA	35
VERSACLOZ	69	WINREVAIR	44
VERZENIO	67	<i>wixela inhub</i>	43
V-GO 20	47	WYOST	18
V-GO 30	47	XALKORI	67
V-GO 40	47	XARELTO	77
<i>vienva</i>	31	XARELTO STARTER PACK	77
<i>vigabatrin</i>	55	XATMEP	38
<i>vigadrone</i>	55	XCOPRI	55
VIGAFYDE	55	XDEMVI	41
<i>vigpoder</i>	55	XELJANZ	35
<i>vilazodone hydrochloride</i>	59	XELJANZ XR	35
VIMKUNYA	39	XERMELO	24
<i>viorele</i>	31	XIFAXAN	26
VIRACEPT	71	XIGDUO XR	79

ID de formulario: 26383, Fecha efectiva: 02/01/2026

Ultima actualización: 01/02/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Página
XIIDRA	41
XOFLUZA	72
XOLAIR	35
XOLREMDI	77
XOSPATA	67
XPOVIO	67
XPOVIO 60 MG TWICE WEEKLY	67
XPOVIO 80 MG TWICE WEEKLY	67
XTAMPZA ER	48
XTANDI	61
<i>xulane</i>	31
<i>yargesa</i>	82
YF-VAX	39
YONSA	61
YUPELRI	45
<i>yuvafem</i>	31
<i>zafemy</i>	31
<i>zafirlukast</i>	45
<i>zaleplon</i>	21
ZARXIO	77
ZEJULA	67
ZELBORAF	67
ZELVYSIA	82
<i>zenatane</i>	22
ZENPEP	82
<i>zidovudine</i>	73
<i>ziprasidone hcl</i>	70
<i>ziprasidone mesylate</i>	70
ZIRGAN	41
ZOKINVY	47
ZOLINZA	62
<i>zolmitriptan</i>	10
<i>zolpidem tartrate</i>	21
<i>zolpidem tartrate er</i>	21
ZONISADE	56
<i>zonisamide</i>	56
<i>zovia 1/35</i>	31
ZTALMY	55
ZURZUVAE	57
ZYDELIG	67
ZYKADIA	67
ZYLET	41
ZYPREXA RELPREVV	70

ID de formulario: 26383, Fecha efectiva: 02/01/2026

Ultima actualización: 01/02/2026

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Este formulario se actualizó el 01/02/2026. Para obtener información actualizada o si tiene otras preguntas, comuníquese con los Servicios al Cliente de Provider Partners Health Plans al 1-800-405-9681 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), en el horario de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre, o visite www.pphealthplan.com.