



P.O. Box 8738 Dayton, OH  
45401-8738

**2025**

**CareSource Dual Advantage™ (HMO D-SNP)**  
**Formulario**  
*(Lista de medicamentos cubiertos)*

**POR FAVOR, LEA:** ESTE DOCUMENTO CONTIENE INFORMACIÓN SOBRE  
LOS MEDICAMENTOS QUE CUBRIMOS EN ESTE PLAN.

Este formulario se actualizó el 10/15/2024.

Para obtener información actualizada o si tiene otras preguntas,  
comuníquese con CareSource Dual Advantage Servicios para Afiliados al  
**1-833-230-2020** o TTY **1-833-711-4711 o 711**, de 8 a. m. a 8 p. m., de  
lunes a viernes, y desde el 1.º de octubre al 31 de marzo, durante el mismo  
horario los siete días de la semana, o visite **CareSource.com/DSNP**.

ID. del formulario: 00025340, n.º de versión: 10

CareSource es una HMO D-SNP con un contrato con Medicare y con Medicaid del estado. La inscripción en CareSource depende de la renovación del contrato.

**Nota a los afiliados existentes:** Este formulario se modificó con respecto al del año pasado. Revise este documento para asegurarse de que contenga todos los medicamentos que usted toma.

Cuando esta lista de medicamentos (formulario) hace referencia a “nosotros”, “a nosotros” o “nuestro”, se refiere a CareSource. Cuando hace referencia al “plan” o “nuestro plan”, significa CareSource Dual Advantage™ (HMO D-SNP).

Este documento incluye una Lista de medicamentos (formulario) de nuestro plan, que se encuentra actualizada al 10/15/2024. Una Lista de medicamentos (formulario) actualizada, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto, junto con la fecha en la que actualizamos la Lista de medicamentos (formulario) por última vez, figura en la portada y contraportada.

En general, debe utilizar las farmacias pertenecientes a la red para que se apliquen sus beneficios por medicamentos con receta. Los beneficios, el formulario, la red de farmacias o los copagos/el coseguro pueden cambiar el 1 de enero de 2025 y pueden variar de vez en cuando durante el año.

## ¿Qué es el Formulario de CareSource Dual Advantage?

En este documento, usamos los términos Lista de medicamentos y Formulario para referirnos a lo mismo. Un formulario es una lista de medicamentos cubiertos seleccionados por CareSource Dual Advantage con la asesoría de un equipo de proveedores de atención médica, que representa las terapias por prescripción que se consideran una parte necesaria de un programa de tratamiento de calidad. Por lo general, CareSource Dual Advantage cubre los medicamentos incluidos en el formulario, siempre que sean necesarios desde el punto de vista médico, que la receta se surta en una farmacia de la red de CareSource Dual Advantage y que se sigan otras reglas del plan. Para obtener más información acerca de cómo surtir sus recetas, consulte su Evidencia de cobertura.

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

## ¿Puede cambiar el formulario?

La mayoría de los cambios en la cobertura de los medicamentos ocurren el 1 de enero, pero es posible que agreguemos o eliminemos medicamentos de la Lista de medicamentos durante el año, los pasemos a un nivel de repartición de costos diferente o que agreguemos restricciones nuevas. Debemos adherirnos a las reglas de Medicare al realizar dichos cambios. Las actualizaciones del formulario se publican mensualmente en nuestro sitio web aquí:

**[CareSource.com/plans/dsnp/pharmacy/drug-formulary/](https://www.caresource.com/plans/dsnp/pharmacy/drug-formulary/)**

**Cambios que pueden afectarlo este año:** En los siguientes casos, usted se verá afectado por cambios a la cobertura durante el año:

*Este formulario se actualizó el 10/15/2024.*

- **Sustituciones inmediatas de ciertas versiones nuevas de medicamentos de marca y productos biológicos originales.** Podemos retirar de inmediato un medicamento de nuestro formulario si lo reemplazamos con una determinada versión nueva de ese medicamento que figurará con las mismas restricciones o menos. 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 agregamos nuevas restricciones de inmediato.

Podremos realizar estos cambios inmediatos únicamente si agregamos una nueva versión genérica de un medicamento de marca o si agregamos ciertas versiones biosimilares nuevas de un producto biológico original, que ya estaba incluido en el formulario; por ejemplo, si agregamos un biosimilar intercambiable que puede ser sustituido por un producto biológico original en una farmacia sin una nueva receta.

Si actualmente está tomando un medicamento de marca o producto biológico original, es posible que no le comuniquemos con anticipación que estamos introduciendo dicho cambio; sin embargo, posteriormente le brindaremos información acerca del (de los) cambio(s) específico(s) que hayamos realizado.

Si realizamos dicho cambio, usted o quien emite la receta nos puede solicitar que hagamos una excepción y continuemos cubriendo su medicamento que está siendo cambiado. Para obtener más información, consulte la siguiente sección titulada “¿Cómo solicito una excepción al Formulario de CareSource Dual Advantage?”

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

- **Medicamentos retirados del mercado.** Si un medicamento es retirado de la venta por el fabricante o si la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) determina que se retire por razones de seguridad o eficacia, podemos retirar inmediatamente el medicamento de nuestro formulario y posteriormente proporcionar un aviso a los afiliados que toman el medicamento.
- **Otros cambios.** Es posible que realicemos otros cambios que afecten a los afiliados que actualmente estén tomando un medicamento. Por ejemplo, podemos agregar un nuevo medicamento genérico para reemplazar uno de marca que actualmente se encuentra en el formulario, o agregar un nuevo biosimilar para reemplazar un producto biológico original que actualmente se encuentra en el formulario, agregar nuevas restricciones o pasar un medicamento que mantenemos en el formulario a un nivel de costos compartidos más alto, o ambas cosas, luego de agregar el medicamento correspondiente. O es posible que realicemos cambios basados en nuevas guías clínicas. En caso de que retiremos los medicamentos de nuestro formulario,

agreguemos restricciones de autorización previa, límites de cantidad y/o de terapia escalonada en un medicamento, debemos notificar sobre dicho cambio a los afiliados afectados, al menos con 30 días de anticipación a la entrada en vigencia de este. Como alternativa, cuando un afiliado solicita un resurtido del medicamento, puede recibir un suministro para 30 días del medicamento y un aviso sobre el cambio.

Si realizamos estos otros cambios, usted o quien emite la receta nos puede solicitar que hagamos una excepción y continuemos cubriéndole el medicamento que ha estado tomando. El aviso que le proporcionaremos también incluirá información sobre cómo solicitar una excepción y, además, usted puede encontrar información en la sección “¿Cómo solicito una excepción al Formulario de CareSource Dual Advantage?” a continuación.

**Cambios que no lo afectarán si actualmente está tomando el medicamento.** Por lo general, si está tomando un medicamento de nuestro formulario 2025 que estaba cubierto al comienzo del año, no descontinuaremos ni reduciremos la cobertura del medicamento durante el año de cobertura 2025, excepto según lo descrito anteriormente. Esto significa que dichos medicamentos continuarán disponibles a la misma repartición de costos y sin restricciones nuevas para aquellos afiliados que los estén tomando por el resto del año de cobertura. Usted no recibirá un aviso directo este año acerca de los cambios que no lo afecten. Sin embargo, el 1 de enero del próximo año, los cambios lo afectarán, y es importante que verifique la Lista de medicamentos para el nuevo año de beneficios para conocer cualquier cambio que se haga en los medicamentos.

El formulario que se adjunta se actualizó por última vez el 10/15/2024. Para obtener información actualizada acerca de los medicamentos cubiertos por CareSource Dual Advantage, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto figura en la portada y la contraportada. Todas las modificaciones al formulario que no sean de mantenimiento y que tengan lugar en forma semianual luego de la fecha de la última actualización del formulario se darán a conocer mediante una notificación por correspondencia. Actualizaremos nuestro formulario con la información nueva. Publicaremos el formulario en nuestro sitio web o puede obtenerlo llamándonos.

## **¿Cómo uso el Formulario?**

Existen dos maneras de encontrar su medicamento en el formulario:

### **Afección médica**

El formulario comienza en la página 2. Los medicamentos de este formulario se encuentran agrupados por categorías dependiendo del tipo de afecciones para las que se utilizan. Por ejemplo, los medicamentos para afecciones del corazón se encuentran en la categoría “AGENTES CARDIOVASCULARES, HIPERTENSIÓN/LÍPIDOS”. Si sabe para qué se usa su medicamento, busque el nombre de la categoría en la lista que comienza en la página 2. Después busque el nombre del medicamento dentro de esa categoría.

*Este formulario se actualizó el 10/15/2024.*

## **Listado alfabético**

Si no conoce en qué categoría debe buscar, le sugerimos que busque su medicamento en el Índice que comienza en la página 86. El Índice le proporciona una lista alfabética de todos los medicamentos incluidos en este documento. El Índice incluye tanto los medicamentos de marca como los genéricos. Mire en el Índice y busque su medicamento. Junto a su medicamento, verá el número de la página en donde encontrará información acerca de la cobertura. Consulte la página que figura en el Índice y busque el nombre de su medicamento en la primera columna de la lista.

## **¿Qué son los medicamentos genéricos?**

CareSource Dual Advantage cubre tanto medicamentos de marca como genéricos. La FDA aprueba los medicamentos genéricos dado que contienen el mismo ingrediente activo que el medicamento de marca. Por lo general, los medicamentos genéricos funcionan igual que los medicamentos de marca y cuestan menos. Hay sustitutos genéricos de medicamentos disponibles para varios medicamentos de marca. Los medicamentos genéricos generalmente pueden sustituirse por medicamentos de marca en la farmacia sin una nueva receta, según las leyes estatales.

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

En el formulario, cuando utilizamos la palabra medicamento, podemos estar refiriéndonos tanto a un medicamento como a un producto biológico. Los productos biológicos son medicamentos más complejos que los medicamentos clásicos. Debido a que los productos biológicos son más complejos que los medicamentos típicos, en lugar de tener una forma genérica, tienen alternativas que se denominan biosimilares. Por lo general, los biosimilares son tan eficaces como los productos biológicos originales, y es posible que cuesten menos. Existen alternativas biosimilares para algunos productos biológicos. Algunos biosimilares son biosimilares intercambiables y, según las leyes estatales, es posible que se puedan sustituir por el producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, al igual que los medicamentos genéricos pueden sustituirse por medicamentos de marca.

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

## **¿Hay alguna restricción en mi cobertura?**

Algunos medicamentos cubiertos cuentan con límites o requisitos adicionales en la cobertura. Dichos requisitos y límites pueden incluir:

- **Autorización previa:** CareSource Dual Advantage requiere que usted o quien emite la receta obtenga autorización previa para ciertos medicamentos. Esto significa que usted deberá obtener la aprobación de CareSource Dual Advantage antes de que surta sus recetas. Si usted no obtiene la aprobación, es posible que CareSource Dual Advantage no cubra el medicamento.

*Este formulario se actualizó el 10/15/2024.*

- **Límites de cantidades:** En el caso de ciertos medicamentos, CareSource Dual Advantage limita la cantidad de medicamento cubierto por el plan. Por ejemplo, CareSource Dual Advantage proporciona 1 comprimido al día por receta de comprimidos de atorvastatina de 40 mg. Esto puede ser además de un suministro estándar de uno o tres meses.
- **Terapia escalonada:** En algunos casos, CareSource Dual Advantage le pide que primero pruebe ciertos medicamentos para su afección médica antes de cubrir otro para la misma afección. Por ejemplo, si tanto el medicamento A como el medicamento B sirven para tratar su afección, puede ser que CareSource Dual Advantage no cubra el medicamento B hasta que haya probado con el medicamento A primero. Si el medicamento A no le funciona, CareSource Dual Advantage cubrirá el medicamento B.

Averigüe si su medicamento tiene requisitos o límites adicionales al consultar el formulario que comienza en la página 2. También, puede visitar nuestro sitio web para obtener más información acerca de las restricciones que se aplican a determinados medicamentos cubiertos. Hemos publicado documentos en línea que explican nuestras restricciones sobre la autorización previa y la terapia escalonada. También puede comunicarse con nosotros para que le enviemos una copia. Nuestra información de contacto, junto con la fecha en la que actualizamos el formulario por última vez, figura en la portada y contraportada.

Puede solicitarle a CareSource Dual Advantage que haga una excepción a estas restricciones o límites o una lista de otros medicamentos similares que puedan tratar su afección médica. Consulte la sección, “¿Cómo solicito una excepción al Formulario de CareSource Dual Advantage?” que aparece a continuación para obtener información acerca de cómo solicitar una excepción.

## ¿Qué pasa si mi medicamento no se encuentra en el Formulario?

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

Si resulta que CareSource Dual Advantage no cubre su medicamento, usted tiene dos opciones:

- Puede solicitarle a Servicios para Afiliados una lista de medicamentos similares que estén cubiertos por CareSource Dual Advantage. Cuando reciba la lista, muéstrese la a su médico y pídale que le recete un medicamento similar que esté cubierto por CareSource Dual Advantage.
- Puede pedirle a CareSource Dual Advantage que haga una excepción y cubra su medicamento. Lea la información que aparece a continuación acerca de cómo solicitar una excepción.

## ¿Cómo solicito una excepción al Formulario de CareSource Dual Advantage?

Usted puede pedirle a CareSource Dual Advantage que haga una excepción a las reglas de cobertura. Existen diversos tipos de excepciones que puede solicitarnos.

*Este formulario se actualizó el 10/15/2024.*

- Puede pedirnos que cubramos su medicamento aun si este no se encuentra incluido en nuestro formulario. De ser aprobado, este medicamento se cubrirá para un nivel de repartición de costos predeterminado y usted no podrá pedirnos que le proporcionemos el medicamento a un nivel de repartición de costos inferior.
- Puede pedirnos que omitamos una restricción de la cobertura, incluida la autorización previa, la terapia escalonada o un límite de cantidad para su medicamento. Por ejemplo, para ciertos medicamentos, CareSource Dual Advantage limita la cantidad de medicamento que cubriremos. Si su medicamento tiene un límite de cantidad, puede solicitarnos que omitamos el límite y cubramos una mayor cantidad.

Por lo general, CareSource Dual Advantage solo aprobará su solicitud de excepción si los medicamentos alternativos incluidos en el formulario del plan, o la aplicación de la restricción, no son tan efectivos para usted y/o le causan efectos adversos.

Usted o quien emite la receta debe comunicarse con nosotros para solicitar una excepción al formulario, que incluya una excepción a una restricción de la cobertura. **Al solicitar una excepción, quien emite sus recetas deberá explicar las razones médicas por las que usted necesita una excepción.** Por lo general, debemos tomar la decisión dentro de las 72 horas de haber recibido la declaración de respaldo por parte de quien emite la receta. Puede solicitar una decisión expedita (rápida) si considera, y estamos de acuerdo, que su salud podría verse gravemente afectada al esperar hasta 72 horas por una decisión. Si estamos de acuerdo, o si quien emite la receta solicita una decisión rápida, debemos proporcionarle una decisión a más tardar 24 horas después de recibir la declaración de respaldo de quien emite la receta.

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

Como afiliado nuevo o con continuidad en nuestro plan, es posible que esté tomando medicamentos que no se incluyen en nuestro formulario. O bien, podría estar tomando un medicamento que figura en nuestro formulario, pero que cuenta con una restricción de cobertura, como la autorización previa. Debe hablar con quien emite la receta sobre cómo solicitar una decisión de cobertura para demostrar que cumple con los criterios para la aprobación, cambiar a un medicamento alternativo cubierto por nosotros o solicitar una excepción al formulario para que cubramos el medicamento que toma. Si bien usted y su médico determinan el curso de acción más adecuado para usted, en ciertos casos podríamos cubrir su medicamento durante los primeros 90 días posteriores a su afiliación a nuestro plan.

Para cada uno de los medicamentos que usted tome que no esté incluido en nuestro formulario o tenga una restricción de cobertura, cubriremos un suministro temporal de 30 días. Si su receta es por menos días, permitiremos surtidos para cubrir hasta un máximo de 30 días de suministro de su medicación. Si no se aprueba la cobertura, luego de su primer suministro de 30 días, dejaremos de pagar estos medicamentos, incluso si ha estado afiliado al plan durante menos de 90 días.

Si usted reside en un centro de atención a largo plazo y necesita un medicamento que no esté incluido en nuestro formulario, o si su capacidad para obtenerlo es limitada, pero se encuentra

*Este formulario se actualizó el 10/15/2024.*

fuera de los primeros 90 días de afiliación a nuestro plan, cubriremos un suministro de emergencia de 31 días de ese medicamento mientras usted solicita una excepción al formulario.

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

Si el entorno de su tratamiento o el lugar donde recibe y toma su medicamento cambian, cubriremos un suministro temporal de hasta 31 días de su medicamento. Estos cambios pueden incluir:

- Ser dado de alta de un hospital a su hogar.
- Finalizar su estadía en un centro de enfermería especializada de la Parte A de Medicare en el que los pagos incluyen todos los costos de farmacia y ahora necesita usar la Parte D de su plan.
- Cambiar su estado de hospicio para regresar a los beneficios estándar de cobertura de la Parte A y la Parte B de Medicare.
- Ser dado de alta de hospitales psiquiátricos de atención crónica con regímenes de medicamentos altamente individualizados.
- Finalizar la estadía en un centro de atención a largo plazo (long-term care, LTC) y regresar a la comunidad.

## **Para obtener más información**

Para obtener información más detallada acerca de su cobertura de medicamentos de venta con receta de CareSource Dual Advantage, revise su Evidencia de cobertura y demás materiales del plan.

Si tiene preguntas acerca de CareSource Dual Advantage, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto, junto con la fecha en la que actualizamos el formulario por última vez, figura en la portada y contraportada.

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

## **Farmacia de pedidos por correo**

Usted puede hacer que sus medicamentos elegibles de la Parte D de Medicare se envíen a través de nuestra farmacia de pedidos por correo. Trabajamos con Express Scripts® para brindarle estos servicios. Tiene la opción de surtir sus medicamentos con un suministro de hasta 102 días. Desde que realiza el pedido hasta recibirlo, pueden transcurrir hasta 10 días. Si su pedido por correo se retrasa, llame a Express Scripts al 1-877-887-2891 para saber qué ocurre. El horario de atención es de 8 a. m a 8 p. m., de lunes a viernes, hora estándar del este (EST). También puede consultarlo en línea en [Express-Scripts.com](https://www.express-scripts.com). Simplemente inicie sesión y proporcione un número de pedido, número de receta o la información del afiliado. También puede registrarse para el envío automatizado de pedidos por correo.

*Este formulario se actualizó el 10/15/2024.*



## Formulario de CareSource Dual Advantage

El formulario que comienza a continuación le proporciona información acerca de la cobertura de los medicamentos que están cubiertos por CareSource Dual Advantage. Si tiene problemas para encontrar su medicamento en la lista, consulte el Índice que comienza en la página 86.

En la primera columna de la tabla se muestra el nombre del medicamento. Los nombres de los medicamentos de marca aparecen en mayúsculas (p. ej., ELIQUIS) y los medicamentos genéricos se muestran en cursiva y en minúscula (p. ej., lisinopril).

La información de la columna Requisitos/Límites le indica si nuestro plan tiene requisitos especiales para la cobertura de su medicamento.

A continuación, le proporcionamos una lista de abreviaturas que pueden aparecer en las siguientes páginas en la columna de Requisitos/Límites y que le indican si existe algún requisito especial para la cobertura de su medicamento.

## Lista de abreviaturas

---

**B/D PA:** Este medicamento recetado podrá ser cubierto por Medicare Parte B o D según las circunstancias. Se le puede exigir el envío de información que describe el uso y las circunstancias de empleo del medicamento para tomar una determinación.

**LA:** Disponibilidad limitada. Este medicamento recetado puede estar disponible solo en ciertas farmacias. Para obtener más información, llame a Servicios para Afiliados.

**MO:** Medicamento de pedido por correo. Este medicamento recetado se encuentra disponible mediante nuestro servicio de pedido por correo, así como mediante nuestras redes de farmacias minoristas. Tenga en cuenta el uso de pedido por correo para sus medicamentos de tratamiento prolongado (mantenimiento) (como son los medicamentos para tratar la presión arterial alta). Las redes de farmacias minoristas pueden ser más adecuadas para recetas de medicamentos de corto plazo (como son los antibióticos).

**NDS:** Medicamento limitado a un suministro de 30 días en una tienda minorista o de pedido por correo

**PA:** Autorización previa. Nuestro plan requiere que usted o su médico obtengan autorización previa para ciertos medicamentos. Esto significa que usted debe obtener la aprobación antes de surtir sus recetas. Si no obtiene esta aprobación, es posible que no cubramos el medicamento.

**QL:** Límite de cantidad. Para ciertos medicamentos, el plan limita la cantidad de medicamento que cubriremos.

**ST:** Terapia escalonada. En algunos casos, el Plan le pedirá que primero pruebe ciertos medicamentos para su afección médica antes de cubrir otro medicamento para esa afección. Por ejemplo, si tanto el medicamento A como el medicamento B sirven para tratar su afección médica es posible que no cubramos el medicamento B hasta que haya probado con el medicamento A primero. Si el medicamento A no le funciona, cubriremos el medicamento B.

**V:** Esta vacuna se administra a los adultos sin costo alguno cuando se usa de acuerdo con las recomendaciones de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (Centers for Disease Control and Prevention, CDC - Comité Consultivo sobre Prácticas de Inmunización (Advisory Committee on Immunization Practices, ACIP)).

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<b>ANTIINFECCIOSOS</b>		
<b>AGENTES ANTIMICÓTICOS</b>		
ABELCET	1	B/D PA
<i>amphotericin b</i>	1	B/D PA; MO
<i>caspofungin</i>	1	
<i>clotrimazole mucous membrane</i>	1	MO
CRESEMBA ORAL	1	PA; NDS
<i>fluconazole in nacl (iso-osm) intravenous piggyback 100 mg/50 ml, 400 mg/200 ml</i>	1	PA
<i>fluconazole in nacl (iso-osm) intravenous piggyback 200 mg/100 ml</i>	1	PA; MO
<i>fluconazole oral suspension for reconstitution</i>	1	MO
<i>fluconazole oral tablet</i>	1	MO
<i>flucytosine</i>	1	MO; NDS
<i>griseofulvin microsize</i>	1	MO
<i>griseofulvin ultramicrosize</i>	1	MO
<i>itraconazole oral capsule</i>	1	MO; QL (120 por 30 días)
<i>itraconazole oral solution</i>	1	MO
<i>ketoconazole oral</i>	1	MO

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>micafungin</i>	1	MO; NDS
<i>nystatin oral</i>	1	MO
<i>posaconazole oral tablet, delayed release (dr/ec)</i>	1	PA; MO; QL (96 por 30 días); NDS
<i>terbinafine hcl oral</i>	1	MO
<i>voriconazole intravenous</i>	1	PA; MO; NDS
<i>voriconazole oral suspension for reconstitution</i>	1	PA; MO; NDS
<i>voriconazole oral tablet</i>	1	PA; MO
<b>AGENTES DE LAS VÍAS URINARIAS</b>		
<i>methenamine hippurate</i>	1	MO
<i>methenamine mandelate</i>	1	MO
<i>nitrofurantoin macrocrystal oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	1	MO
<i>nitrofurantoin monohyd/m-cryst</i>	1	MO
<i>trimethoprim</i>	1	MO
<b>ANTIINFECCIOSOS VARIOS</b>		
<i>albendazole</i>	1	MO; NDS
<i>amikacin injection solution 1,000 mg/4 ml, 500 mg/2 ml</i>	1	PA; MO
ARIKAYCE	1	PA; LA; NDS
<i>atovaquone</i>	1	MO

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez el 10/02/2024.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>atovaquone-proguanil</i>	1	MO
<i>aztreonam</i>	1	PA; MO
CAYSTON	1	PA; MO; LA; QL (84 por 56 días); NDS
<i>chloramphenicol sod succinate</i>	1	
<i>chloroquine phosphate</i>	1	MO
<i>clindamycin hcl</i>	1	MO
<i>clindamycin in 5 % dextrose</i>	1	PA; MO
<i>clindamycin phosphate injection</i>	1	PA; MO
COARTEM	1	MO
<i>colistin (colistimethate na)</i>	1	PA; MO; QL (30 por 10 días)
<i>dapsone oral</i>	1	MO
DAPTOMYCIN INTRAVENOUS RECON SOLN 350 MG	1	MO; NDS
<i>daptomycin intravenous recon soln 500 mg</i>	1	MO; NDS
EMVERM	1	MO; NDS
<i>ertapenem</i>	1	PA; MO; QL (14 por 14 días)
<i>ethambutol</i>	1	MO

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>gentamicin in nacl (iso-osm) intravenous piggyback 100 mg/100 ml, 60 mg/50 ml, 80 mg/50 ml</i>	1	PA; MO
<i>gentamicin in nacl (iso-osm) intravenous piggyback 80 mg/100 ml</i>	1	PA
<i>gentamicin injection solution 40 mg/ml</i>	1	PA; MO
<i>gentamicin sulfate (ped) (pf)</i>	1	PA; MO
<i>hydroxychloroquine oral tablet 200 mg</i>	1	MO
<i>imipenem-cilastatin</i>	1	PA; MO
<i>isoniazid injection</i>	1	
<i>isoniazid oral solution</i>	1	MO
<i>isoniazid oral tablet</i>	1	MO
<i>ivermectin oral</i>	1	PA; MO; QL (20 por 30 días)
<i>lincomycin</i>	1	PA
<i>linezolid in dextrose 5%</i>	1	PA; MO
<i>linezolid oral suspension for reconstitution</i>	1	MO; NDS
<i>linezolid oral tablet</i>	1	MO
<i>linezolid-0.9% sodium chloride</i>	1	PA
<i>mefloquine</i>	1	

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez el 10/02/2024.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>meropenem intravenous recon soln 1 gram</i>	1	PA; QL (30 por 10 días)
<i>meropenem intravenous recon soln 500 mg</i>	1	PA; QL (10 por 10 días)
<i>metro i.v.</i>	1	PA; MO
<i>metronidazole in nacl (iso-os)</i>	1	PA; MO
<i>metronidazole oral tablet</i>	1	MO
<i>neomycin</i>	1	MO
<i>nitazoxanide</i>	1	MO; QL (12 por 30 días); NDS
<i>pentamidine inhalation</i>	1	B/D PA; MO; QL (1 por 28 días)
<i>pentamidine injection</i>	1	MO
<i>praziquantel</i>	1	MO
PRIFTIN	1	MO
PRIMAQUINE	1	MO
<i>pyrazinamide</i>	1	MO
<i>pyrimethamine</i>	1	PA; MO; NDS
<i>quinine sulfate</i>	1	MO
<i>rifabutin</i>	1	MO
<i>rifampin intravenous</i>	1	MO
<i>rifampin oral</i>	1	MO
SIRTURO	1	PA; LA; NDS
STREPTOMYCIN	1	PA; MO; QL (60 por 30 días); NDS
<i>tigecycline</i>	1	PA; MO; NDS

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>tinidazole</i>	1	MO
<i>tobramycin in 0.225 % nacl</i>	1	PA; MO; QL (280 por 28 días); NDS
<i>tobramycin inhalation</i>	1	PA; MO; QL (224 por 28 días); NDS
<i>tobramycin sulfate injection recon soln</i>	1	PA; QL (9 por 14 días)
<i>tobramycin sulfate injection solution</i>	1	PA; MO
TRECTOR	1	MO
VANCOMYCIN IN 0.9 % SODIUM CHL INTRAVENOUS PIGGYBACK 1 GRAM/200 ML	1	PA; QL (4000 por 10 días)
VANCOMYCIN IN 0.9 % SODIUM CHL INTRAVENOUS PIGGYBACK 500 MG/100 ML	1	PA; QL (1000 por 10 días)
VANCOMYCIN IN 0.9 % SODIUM CHL INTRAVENOUS PIGGYBACK 750 MG/150 ML	1	PA; QL (4050 por 10 días)
<i>vancomycin intravenous recon soln 1,000 mg</i>	1	PA; MO; QL (20 por 10 días)
<i>vancomycin intravenous recon soln 10 gram</i>	1	PA; QL (2 por 10 días)

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez el 10/02/2024.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>vancomycin intravenous recon soln 5 gram</i>	1	PA; QL (4 por 10 días)
<i>vancomycin intravenous recon soln 500 mg</i>	1	PA; MO; QL (10 por 10 días)
<i>vancomycin intravenous recon soln 750 mg</i>	1	PA; MO; QL (27 por 10 días)
<i>vancomycin oral capsule 125 mg</i>	1	PA; MO; QL (40 por 10 días)
<i>vancomycin oral capsule 250 mg</i>	1	PA; MO; QL (80 por 10 días)
XIFAXAN ORAL TABLET 200 MG	1	PA; QL (9 por 30 días)
XIFAXAN ORAL TABLET 550 MG	1	PA; MO; QL (90 por 30 días); NDS
<b>ANTIVÍRICOS</b>		
<i>abacavir</i>	1	MO
<i>abacavir-lamivudine</i>	1	MO
<i>acyclovir oral capsule</i>	1	MO
<i>acyclovir oral suspension 200 mg/5 ml</i>	1	MO
<i>acyclovir oral tablet</i>	1	MO
<i>acyclovir sodium intravenous solution</i>	1	B/D PA; MO
<i>adefovir</i>	1	MO
<i>amantadine hcl oral capsule</i>	1	MO
<i>amantadine hcl oral solution</i>	1	MO

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
APTIVUS	1	MO; NDS
<i>atazanavir</i>	1	MO
BARACLUDGE ORAL SOLUTION	1	MO; NDS
BIKTARVY	1	MO; NDS
CABENUVA	1	MO; NDS
<i>cidofovir</i>	1	B/D PA; MO; NDS
CIMDUO	1	MO; NDS
COMPLERA	1	MO; NDS
<i>darunavir</i>	1	MO; NDS
DELSTRIGO	1	MO; NDS
DESCOVY	1	MO; NDS
DOVATO	1	MO; NDS
EDURANT	1	MO; NDS
<i>efavirenz oral tablet</i>	1	MO
<i>efavirenz-emtricitabin-tenofovir</i>	1	MO; NDS
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir disop</i>	1	MO; NDS
<i>emtricitabine</i>	1	MO
<i>emtricitabine-tenofovir (tdf) oral tablet 100-150 mg</i>	1	MO
<i>emtricitabine-tenofovir (tdf) oral tablet 133-200 mg, 167-250 mg, 200-300 mg</i>	1	MO
EMTRIVA ORAL SOLUTION	1	MO
<i>entecavir</i>	1	MO
<i>etravirine</i>	1	MO; NDS

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez el 10/02/2024.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
EVOTAZ	1	MO; NDS
<i>famciclovir</i>	1	MO
<i>fosamprenavir</i>	1	MO
FUZEON SUBCUTANEOUS RECON SOLN	1	MO; NDS
<i>ganciclovir sodium intravenous recon soln</i>	1	B/D PA; MO
<i>ganciclovir sodium intravenous solution</i>	1	B/D PA
GENVOYA	1	MO; NDS
INTELENCE ORAL TABLET 25 MG	1	MO
ISENTRESS HD	1	MO; NDS
ISENTRESS ORAL POWDER IN PACKET	1	MO; NDS
ISENTRESS ORAL TABLET	1	MO; NDS
ISENTRESS ORAL TABLET,CHEWABLE 100 MG	1	MO; NDS
ISENTRESS ORAL TABLET,CHEWABLE 25 MG	1	MO
JULUCA	1	MO; NDS
<i>lamivudine</i>	1	MO
<i>lamivudine-zidovudine</i>	1	MO
LEDIPASVIR-SOFOSBUVIR	1	PA; MO; QL (28 por 28 días); NDS

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
LIVTENCITY	1	PA; LA; QL (120 por 30 días); NDS
<i>lopinavir-ritonavir oral solution</i>	1	MO
<i>lopinavir-ritonavir oral tablet</i>	1	MO
<i>maraviroc</i>	1	MO; NDS
MAVYRET ORAL PELLETS IN PACKET	1	PA; MO; QL (168 por 28 días); NDS
MAVYRET ORAL TABLET	1	PA; MO; QL (84 por 28 días); NDS
<i>nevirapine oral suspension</i>	1	
<i>nevirapine oral tablet</i>	1	MO
<i>nevirapine oral tablet extended release 24 hr 400 mg</i>	1	MO
NORVIR ORAL POWDER IN PACKET	1	MO
ODEFSEY	1	MO; NDS
<i>oseltamivir</i>	1	MO
PAXLOVID ORAL TABLETS,DOSE PACK 150-100 MG	1	QL (20 por 90 días)
PAXLOVID ORAL TABLETS,DOSE PACK 300 MG (150 MG X 2)-100 MG	1	QL (30 por 90 días)
PIFELTRO	1	MO; NDS
PREVYMIS INTRAVENOUS	1	PA; NDS

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez el 10/02/2024.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
PREVYMIS ORAL	1	PA; MO; QL (30 por 30 días); NDS
PREZCOBIX	1	MO; NDS
PREZISTA ORAL SUSPENSION	1	MO; NDS
PREZISTA ORAL TABLET 150 MG, 75 MG	1	MO
RELENZA DISKHALER	1	MO
RETROVIR INTRAVENOUS	1	MO
REYATAZ ORAL POWDER IN PACKET	1	MO; NDS
<i>ribavirin oral capsule</i>	1	MO
<i>ribavirin oral tablet 200 mg</i>	1	MO
<i>rimantadine</i>	1	MO
<i>ritonavir</i>	1	MO
RUKOBIA	1	MO; NDS
SELZENTRY ORAL SOLUTION	1	MO
SELZENTRY ORAL TABLET 25 MG, 75 MG	1	MO
SOFOSBUVIR-VELPATASVIR	1	PA; MO; QL (28 por 28 días); NDS
STRIBILD	1	MO; NDS
SUNLENCA	1	NDS
SYMTUZA	1	MO; NDS
SYNAGIS	1	MO; LA; NDS

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>tenofovir disoproxil fumarate</i>	1	MO
TIVICAY ORAL TABLET 10 MG	1	
TIVICAY ORAL TABLET 25 MG, 50 MG	1	MO; NDS
TIVICAY PD	1	MO; NDS
TRIUMEQ	1	MO; NDS
TRIUMEQ PD	1	MO; NDS
TROGARZO	1	MO; LA; NDS
<i>valacyclovir oral tablet 1 gram</i>	1	MO; QL (120 por 30 días)
<i>valacyclovir oral tablet 500 mg</i>	1	MO; QL (60 por 30 días)
<i>valganciclovir oral recon soln</i>	1	MO; NDS
<i>valganciclovir oral tablet</i>	1	MO
VEMLIDY	1	MO; NDS
VIRACEPT ORAL TABLET	1	MO; NDS
VIREAD ORAL POWDER	1	MO; NDS
VIREAD ORAL TABLET 150 MG, 200 MG, 250 MG	1	MO
VOSEVI	1	PA; MO; QL (28 por 28 días); NDS
<i>zidovudine oral capsule</i>	1	MO
<i>zidovudine oral syrup</i>	1	MO

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez el 10/02/2024.



Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>zidovudine oral tablet</i>	1	MO
<b>CEFALOSPORINAS</b>		
<i>cefactor oral capsule</i>	1	MO
<i>cefactor oral suspension for reconstitution 250 mg/5 ml</i>	1	
<i>cefadroxil oral capsule</i>	1	MO
<i>cefadroxil oral suspension for reconstitution 250 mg/5 ml, 500 mg/5 ml</i>	1	MO
<i>cefazolin in dextrose (iso-os) intravenous piggyback 1 gram/50 ml, 2 gram/50 ml</i>	1	MO
<i>cefazolin injection recon soln 1 gram, 500 mg</i>	1	MO
<i>cefazolin injection recon soln 10 gram, 100 gram, 300 gram</i>	1	
<i>cefazolin intravenous recon soln 1 gram</i>	1	
<i>cefdinir oral capsule</i>	1	MO
<i>cefdinir oral suspension for reconstitution</i>	1	MO
<i>cefepime in dextrose,iso-osm</i>	1	
<i>cefepime injection</i>	1	MO
<i>cefixime</i>	1	MO

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>cefoxitin in dextrose, iso-osm</i>	1	PA
<i>cefoxitin intravenous recon soln 1 gram, 2 gram</i>	1	PA; MO
<i>cefoxitin intravenous recon soln 10 gram</i>	1	PA
<i>cefpodoxime</i>	1	MO
<i>cefprozil</i>	1	MO
<i>ceftazidime injection recon soln 1 gram, 2 gram</i>	1	PA; MO
<i>ceftazidime injection recon soln 6 gram</i>	1	PA
<i>ceftriaxone in dextrose,iso-os</i>	1	MO
<i>ceftriaxone injection recon soln 1 gram, 2 gram, 250 mg, 500 mg</i>	1	MO
<i>ceftriaxone injection recon soln 10 gram</i>	1	
<i>ceftriaxone intravenous</i>	1	MO
<i>cefuroxime axetil oral tablet</i>	1	MO
<i>cefuroxime sodium injection recon soln 750 mg</i>	1	PA; MO
<i>cefuroxime sodium intravenous recon soln 1.5 gram</i>	1	PA; MO
<i>cefuroxime sodium intravenous recon soln 7.5 gram</i>	1	PA

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez el 10/02/2024.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>cephalexin oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	1	MO
<i>cephalexin oral suspension for reconstitution</i>	1	MO
<i>tazicef injection</i>	1	PA; MO
<i>tazicef intravenous</i>	1	PA
TEFLARO	1	PA; MO; NDS
<b>ERITROMICINAS/OTROS MACRÓLIDOS</b>		
<i>azithromycin intravenous</i>	1	PA; MO
<i>azithromycin oral packet</i>	1	MO
<i>azithromycin oral suspension for reconstitution</i>	1	MO
<i>azithromycin oral tablet 250 mg (6 pack), 500 mg (3 pack)</i>	1	
<i>azithromycin oral tablet 250 mg, 500 mg, 600 mg</i>	1	MO
<i>clarithromycin oral suspension for reconstitution</i>	1	MO
<i>clarithromycin oral tablet</i>	1	MO
<i>clarithromycin oral tablet extended release 24 hr</i>	1	MO
DIFICID ORAL TABLET	1	MO; QL (20 por 10 días); NDS

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>ery-tab oral tablet, delayed release (dr/ec) 250 mg, 333 mg</i>	1	MO
<i>erythrocin (as stearate) oral tablet 250 mg</i>	1	
<i>erythromycin ethylsuccinate oral tablet</i>	1	MO
<i>erythromycin oral</i>	1	MO
<b>PENICILINAS</b>		
<i>amoxicillin oral capsule</i>	1	MO
<i>amoxicillin oral suspension for reconstitution</i>	1	MO
<i>amoxicillin oral tablet</i>	1	MO
<i>amoxicillin oral tablet, chewable 125 mg, 250 mg</i>	1	MO
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral suspension for reconstitution</i>	1	MO
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet</i>	1	MO
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet extended release 12 hr</i>	1	MO
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet, chewable 200-28.5 mg</i>	1	MO

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez el 10/02/2024.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet, chewable 400-57 mg</i>	1	
<i>ampicillin oral capsule 500 mg</i>	1	MO
<i>ampicillin sodium injection</i>	1	PA; MO
<i>ampicillin sodium intravenous</i>	1	PA
<i>ampicillin-sulbactam injection recon soln 1.5 gram, 3 gram</i>	1	PA; MO
<i>ampicillin-sulbactam injection recon soln 15 gram</i>	1	PA
<i>ampicillin-sulbactam intravenous</i>	1	PA
AUGMENTIN ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 125-31.25 MG/5 ML	1	MO
BICILLIN L-A INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,200,000 UNIT/2 ML, 2,400,000 UNIT/4 ML	1	PA; MO
BICILLIN L-A INTRAMUSCULAR SYRINGE 600,000 UNIT/ML	1	PA
<i>dicloxacillin</i>	1	MO

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>nafcillin in dextrose iso-osm intravenous piggyback 2 gram/100 ml</i>	1	PA
<i>nafcillin injection recon soln 1 gram, 2 gram</i>	1	PA; MO
<i>nafcillin injection recon soln 10 gram</i>	1	PA; NDS
<i>oxacillin in dextrose(iso-osm)</i>	1	PA
<i>oxacillin injection recon soln 1 gram, 10 gram</i>	1	PA
<i>oxacillin injection recon soln 2 gram</i>	1	PA; MO
<i>penicillin g potassium</i>	1	PA; MO
<i>penicillin g sodium</i>	1	PA; MO
<i>penicillin v potassium</i>	1	MO
<i>pfizerpen-g</i>	1	PA
<i>piperacillin-tazobactam intravenous recon soln 13.5 gram, 40.5 gram</i>	1	
<i>piperacillin-tazobactam intravenous recon soln 2.25 gram, 3.375 gram, 4.5 gram</i>	1	MO
<b>QUINOLONAS</b>		
<i>ciprofloxacin hcl oral tablet 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>	1	MO

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez el 10/02/2024.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>ciprofloxacin in 5 % dextrose</i>	1	PA; MO
<i>ciprofloxacin oral suspension, microcapsule recon 500 mg/5 ml</i>	1	
<i>levofloxacin in d5w intravenous piggyback 250 mg/50 ml</i>	1	PA
<i>levofloxacin in d5w intravenous piggyback 500 mg/100 ml, 750 mg/150 ml</i>	1	PA; MO
<i>levofloxacin intravenous</i>	1	PA
<i>levofloxacin oral solution</i>	1	MO
<i>levofloxacin oral tablet</i>	1	MO
<i>moxifloxacin oral</i>	1	MO
<i>moxifloxacin-sod. chloride(iso)</i>	1	PA; MO
<b>SULFAMIDAS/AGENTES RELACIONADOS</b>		
<i>sulfadiazine</i>	1	MO
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim intravenous</i>	1	PA; MO
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral suspension</i>	1	MO
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral tablet</i>	1	MO

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<b>TETRACICLINAS</b>		
<i>doxy-100</i>	1	PA; MO
<i>doxycycline hyclate intravenous</i>	1	PA
<i>doxycycline hyclate oral capsule</i>	1	MO
<i>doxycycline hyclate oral tablet 100 mg, 20 mg</i>	1	MO
<i>doxycycline monohydrate oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	1	MO
<i>doxycycline monohydrate oral suspension for reconstitution</i>	1	MO
<i>doxycycline monohydrate oral tablet 100 mg, 50 mg, 75 mg</i>	1	MO
<i>minocycline oral capsule</i>	1	MO
<i>minocycline oral tablet</i>	1	MO
<i>mondoxylene nl oral capsule 100 mg</i>	1	
<i>tetracycline oral capsule</i>	1	MO
<b>CARDIOVASCULARES, HIPERTENSIÓN/LÍPIDOS</b>		
<b>AGENTES ANTIARRÍTMICOS</b>		
<i>adenosine</i>	1	
<i>amiodarone intravenous solution</i>	1	B/D PA; MO

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez el 10/02/2024.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>amiodarone oral tablet 100 mg</i>	1	MO
<i>amiodarone oral tablet 200 mg</i>	1	MO
<i>amiodarone oral tablet 400 mg</i>	1	
<i>dofetilide</i>	1	MO
<i>flecainide</i>	1	MO
<i>ibutilide fumarate</i>	1	
<i>lidocaine (pf) intravenous</i>	1	
<i>lidocaine in 5 % dextrose (pf) intravenous parenteral solution 4 mg/ml (0.4 %), 8 mg/ml (0.8 %)</i>	1	
<i>mexiletine</i>	1	MO
<i>pacerone oral tablet 100 mg, 400 mg</i>	1	MO
<i>pacerone oral tablet 200 mg</i>	1	MO
<i>procainamide injection</i>	1	
<i>propafenone oral capsule, extended release 12 hr</i>	1	MO
<i>propafenone oral tablet</i>	1	MO
<i>quinidine sulfate oral tablet</i>	1	MO
<i>sotalol af</i>	1	
<i>sotalol oral</i>	1	MO
<b>AGENTES CARDIOVASCULARES VARIOS</b>		

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>digoxin oral solution</i>	1	MO
<i>digoxin oral tablet 125 mcg (0.125 mg), 250 mcg (0.25 mg)</i>	1	MO
<i>dobutamine</i>	1	B/D PA
<i>dobutamine in d5w intravenous parenteral solution 1,000 mg/250 ml (4,000 mcg/ml), 250 mg/250 ml (1 mg/ml), 500 mg/250 ml (2,000 mcg/ml)</i>	1	B/D PA
<i>dopamine in 5 % dextrose intravenous solution 200 mg/250 ml (800 mcg/ml), 400 mg/250 ml (1,600 mcg/ml), 400 mg/500 ml (800 mcg/ml), 800 mg/500 ml (1,600 mcg/ml)</i>	1	B/D PA
<i>dopamine in 5 % dextrose intravenous solution 800 mg/250 ml (3,200 mcg/ml)</i>	1	B/D PA; MO
<i>dopamine intravenous solution 200 mg/5 ml (40 mg/ml)</i>	1	B/D PA
<i>dopamine intravenous solution 400 mg/10 ml (40 mg/ml)</i>	1	B/D PA; MO
ENTRESTO	1	QL (60 por 30 días)
ENTRESTO SPRINKLE	1	QL (240 por 30 días)

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez el 10/02/2024.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>ivabradine</i>	1	MO; QL (60 por 30 días)
<i>milrinone</i>	1	B/D PA
<i>milrinone in 5 % dextrose</i>	1	B/D PA
<i>norepinephrine bitartrate</i>	1	
<i>ranolazine</i>	1	MO
<i>sodium nitroprusside</i>	1	B/D PA
VERQUVO	1	MO; QL (30 por 30 días)
VYNDAMAX	1	PA; MO; NDS
<b>AGENTES PARA REDUCIR LOS LÍPIDOS/EL COLESTEROL</b>		
<i>atorvastatin</i>	1	MO; QL (30 por 30 días)
<i>cholestyramine (with sugar)</i>	1	MO
<i>cholestyramine light</i>	1	
<i>colesevelam</i>	1	MO
<i>colestipol oral granules</i>	1	MO
<i>colestipol oral packet</i>	1	
<i>colestipol oral tablet</i>	1	MO
<i>ezetimibe</i>	1	MO
<i>ezetimibe-simvastatin</i>	1	MO; QL (30 por 30 días)
<i>fenofibrate micronized oral capsule 134 mg, 200 mg, 43 mg, 67 mg</i>	1	MO
<i>fenofibrate nanocrystallized</i>	1	MO

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>fenofibrate oral tablet 160 mg, 54 mg</i>	1	MO
<i>fenofibric acid</i>	1	
<i>fenofibric acid (choline)</i>	1	MO
<i>fluvastatin oral capsule 20 mg</i>	1	MO; QL (30 por 30 días)
<i>fluvastatin oral capsule 40 mg</i>	1	MO; QL (60 por 30 días)
<i>gemfibrozil</i>	1	MO
<i>icosapent ethyl</i>	1	MO
<i>lovastatin oral tablet 10 mg</i>	1	MO; QL (30 por 30 días)
<i>lovastatin oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	1	MO; QL (60 por 30 días)
<i>niacin oral tablet 500 mg</i>	1	MO
<i>niacin oral tablet extended release 24 hr</i>	1	MO
<i>omega-3 acid ethyl esters</i>	1	MO
<i>pitavastatin calcium</i>	1	MO; QL (30 por 30 días)
<i>pravastatin</i>	1	MO; QL (30 por 30 días)
<i>prevalite</i>	1	MO
REPATHA	1	PA; QL (6 por 28 días)
REPATHA PUSHTRONEX	1	PA; QL (7 por 28 días)
REPATHA SURECLICK	1	PA; QL (6 por 28 días)
<i>rosuvastatin</i>	1	MO; QL (30 por 30 días)

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez el 10/02/2024.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
------------------------	----------------------	--------------------

<i>simvastatin</i>	1	MO; QL (30 por 30 días)
--------------------	---	-------------------------

### NITRATOS

<i>isosorbide dinitrate oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg</i>	1	MO
---	---	----

<i>isosorbide mononitrate oral tablet 10 mg</i>	1	
---	---	--

<i>isosorbide mononitrate oral tablet 20 mg</i>	1	MO
---	---	----

<i>isosorbide mononitrate oral tablet extended release 24 hr</i>	1	MO
--	---	----

<i>nitro-bid</i>	1	MO
------------------	---	----

<i>nitroglycerin in 5 % dextrose intravenous solution 100 mg/250 ml (400 mcg/ml), 25 mg/250 ml (100 mcg/ml), 50 mg/250 ml (200 mcg/ml)</i>	1	B/D PA
--	---	--------

<i>nitroglycerin intravenous</i>	1	B/D PA
----------------------------------	---	--------

<i>nitroglycerin sublingual</i>	1	MO
---------------------------------	---	----

<i>nitroglycerin transdermal patch 24 hour</i>	1	MO
--	---	----

<i>nitroglycerin translingual</i>	1	MO
-----------------------------------	---	----

### TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO

<i>acebutolol</i>	1	MO
-------------------	---	----

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
------------------------	----------------------	--------------------

<i>aliskiren</i>	1	MO
------------------	---	----

<i>amiloride</i>	1	MO
------------------	---	----

<i>amiloride-hydrochlorothiazide</i>	1	MO
--------------------------------------	---	----

<i>amlodipine</i>	1	MO
-------------------	---	----

<i>amlodipine-benazepril</i>	1	MO
------------------------------	---	----

<i>amlodipine-olmesartan</i>	1	MO
------------------------------	---	----

<i>amlodipine-valsartan</i>	1	MO
-----------------------------	---	----

<i>amlodipine-valsartan-hcthiazyd</i>	1	MO
---------------------------------------	---	----

<i>atenolol</i>	1	MO
-----------------	---	----

<i>atenolol-chlorthalidone</i>	1	MO
--------------------------------	---	----

<i>benazepril</i>	1	MO
-------------------	---	----

<i>benazepril-hydrochlorothiazide</i>	1	MO
---------------------------------------	---	----

<i>betaxolol oral</i>	1	MO
-----------------------	---	----

<i>bisoprolol fumarate</i>	1	MO
----------------------------	---	----

<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide</i>	1	MO
---------------------------------------	---	----

<i>bumetanide injection</i>	1	MO
-----------------------------	---	----

<i>bumetanide oral</i>	1	MO
------------------------	---	----

<i>candesartan</i>	1	MO
--------------------	---	----

<i>candesartan-hydrochlorothiazid</i>	1	MO
---------------------------------------	---	----

<i>captopril</i>	1	MO
------------------	---	----

<i>captopril-hydrochlorothiazide</i>	1	
--------------------------------------	---	--

<i>cartia xt</i>	1	MO
------------------	---	----

<i>carvedilol</i>	1	MO
-------------------	---	----

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez el 10/02/2024.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>chlorothiazide sodium</i>	1	MO
<i>chlorthalidone oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	1	MO
<i>clonidine transdermal patch</i>	1	MO; QL (4 por 28 días)
<i>clonidine (pf) epidural solution 1,000 mcg/10 ml (100 mcg/ml)</i>	1	
<i>clonidine hcl oral tablet</i>	1	MO
<i>diltiazem hcl intravenous</i>	1	
<i>diltiazem hcl oral</i>	1	MO
<i>dilt-xr</i>	1	MO
<i>doxazosin oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg</i>	1	MO; QL (30 por 30 días)
<i>doxazosin oral tablet 8 mg</i>	1	MO; QL (60 por 30 días)
<i>enalapril maleate oral tablet</i>	1	MO
<i>enalaprilat intravenous solution</i>	1	
<i>enalapril-hydrochlorothiazide oral tablet 5-12.5 mg</i>	1	MO
<i>epplerenone</i>	1	MO
<i>esmolol intravenous solution</i>	1	
<i>ethacrynate sodium</i>	1	NDS
<i>felodipine</i>	1	MO
<i>fosinopril</i>	1	MO
<i>fosinopril-hydrochlorothiazide</i>	1	MO

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>furosemide injection solution</i>	1	MO
<i>furosemide oral solution 10 mg/ml, 40 mg/5 ml (8 mg/ml)</i>	1	MO
<i>furosemide oral tablet</i>	1	MO
<i>hydralazine</i>	1	MO
<i>hydrochlorothiazide</i>	1	MO
<i>indapamide</i>	1	MO
<i>irbesartan</i>	1	MO
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide</i>	1	MO
KERENDIA	1	PA; QL (30 por 30 días)
<i>labetalol intravenous solution</i>	1	
<i>labetalol intravenous syringe 20 mg/4 ml (5 mg/ml)</i>	1	
<i>labetalol oral</i>	1	MO
<i>lisinopril</i>	1	MO
<i>lisinopril-hydrochlorothiazide</i>	1	MO
<i>losartan</i>	1	MO
<i>losartan-hydrochlorothiazide</i>	1	MO
<i>mannitol 20 %</i>	1	
<i>mannitol 25 % intravenous solution</i>	1	MO
<i>matzim la</i>	1	MO
<i>metolazone</i>	1	MO

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez el 10/02/2024.



Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>metoprolol succinate</i>	1	MO
<i>metoprolol ta-hydrochlorothiaz</i>	1	MO
<i>metoprolol tartrate intravenous</i>	1	
<i>metoprolol tartrate oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	MO
<i>metyrosine</i>	1	PA; MO; NDS
<i>minoxidil oral</i>	1	MO
<i>moexipril</i>	1	
<i>nadolol</i>	1	MO
<i>nebivolol</i>	1	MO
<i>nicardipine intravenous solution</i>	1	
<i>nicardipine oral</i>	1	MO
<i>nifedipine oral tablet extended release</i>	1	MO
<i>nifedipine oral tablet extended release 24hr</i>	1	MO
<i>nimodipine oral capsule</i>	1	MO
<i>olmesartan</i>	1	MO
<i>olmesartan-amlodipin-hcthiazid</i>	1	MO
<i>olmesartan-hydrochlorothiazide</i>	1	MO
<i>osmitrol 20 %</i>	1	
<i>perindopril erbumine</i>	1	MO
<i>phentolamine</i>	1	
<i>pindolol</i>	1	MO
<i>prazosin</i>	1	MO

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>propranolol intravenous</i>	1	
<i>propranolol oral capsule, extended release 24 hr</i>	1	MO
<i>propranolol oral solution</i>	1	MO
<i>propranolol oral tablet</i>	1	MO
<i>quinapril</i>	1	MO
<i>quinapril-hydrochlorothiazide</i>	1	MO
<i>ramipril</i>	1	MO
<i>spironolactone oral tablet</i>	1	MO
<i>spironolacton-hydrochlorothiaz</i>	1	MO
<i>telmisartan</i>	1	MO
<i>telmisartan-amlodipine</i>	1	MO
<i>telmisartan-hydrochlorothiazid</i>	1	MO
<i>terazosin oral capsule 1 mg, 2 mg, 5 mg</i>	1	MO; QL (30 por 30 días)
<i>terazosin oral capsule 10 mg</i>	1	MO; QL (60 por 30 días)
<i>tiadylt er</i>	1	MO
<i>timolol maleate oral</i>	1	MO
<i>torse mide oral</i>	1	MO
<i>trandolapril</i>	1	MO
<i>treprostini l sodium</i>	1	PA; MO; LA; NDS

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez el 10/02/2024.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>triamterene-hydrochlorothiazid</i>	1	MO
UPTRAVI ORAL TABLET	1	PA; MO; LA; QL (60 por 30 días); NDS
UPTRAVI ORAL TABLETS,DOSE PACK	1	PA; MO; LA; QL (200 por 180 días); NDS
<i>valsartan oral tablet</i>	1	MO
<i>valsartan-hydrochlorothiazide</i>	1	MO
<i>veletri</i>	1	B/D PA; MO
<i>verapamil intravenous</i>	1	
<i>verapamil oral capsule, 24 hr er pellet ct</i>	1	MO
<i>verapamil oral capsule,ext rel. pellets 24 hr</i>	1	MO
<i>verapamil oral tablet</i>	1	MO
<i>verapamil oral tablet extended release</i>	1	MO
<b>TRATAMIENTO DE COAGULACIÓN</b>		
<i>aminocaproic acid intravenous</i>	1	MO
<i>aminocaproic acid oral</i>	1	MO; NDS
<i>aspirin-dipyridamole</i>	1	MO
BRILINTA	1	MO
CABLIVI INJECTION KIT	1	PA; LA; NDS

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
CEPROTIN (BLUE BAR)	1	PA; MO
CEPROTIN (GREEN BAR)	1	PA; MO
<i>cilostazol</i>	1	MO
<i>clopidogrel oral tablet 300 mg</i>	1	MO
<i>clopidogrel oral tablet 75 mg</i>	1	MO; QL (30 por 30 días)
<i>dabigatran etexilate</i>	1	MO; QL (60 por 30 días)
<i>dipyridamole intravenous</i>	1	
<i>dipyridamole oral</i>	1	MO
DOPTELET (10 TAB PACK)	1	PA; MO; LA; NDS
DOPTELET (15 TAB PACK)	1	PA; MO; LA; NDS
DOPTELET (30 TAB PACK)	1	PA; MO; LA; NDS
ELIQUIS	1	MO; QL (60 por 30 días)
ELIQUIS DVT-PE TREAT 30D START	1	MO; QL (74 por 180 días)
<i>enoxaparin subcutaneous solution</i>	1	MO; QL (30 por 30 días)
<i>enoxaparin subcutaneous syringe 100 mg/ml, 150 mg/ml</i>	1	MO; QL (28 por 28 días)
<i>enoxaparin subcutaneous syringe 120 mg/0.8 ml, 80 mg/0.8 ml</i>	1	MO; QL (22.4 por 28 días)

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez el 10/02/2024.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>enoxaparin subcutaneous syringe 30 mg/0.3 ml, 60 mg/0.6 ml</i>	1	MO; QL (16.8 por 28 días)
<i>enoxaparin subcutaneous syringe 40 mg/0.4 ml</i>	1	MO; QL (11.2 por 28 días)
<i>fondaparinux subcutaneous syringe 10 mg/0.8 ml, 5 mg/0.4 ml, 7.5 mg/0.6 ml</i>	1	MO; NDS
<i>fondaparinux subcutaneous syringe 2.5 mg/0.5 ml</i>	1	MO
<i>heparin (porcine) in 5 % dex intravenous parenteral solution 20,000 unit/500 ml (40 unit/ml)</i>	1	
<i>heparin (porcine) in 5 % dex intravenous parenteral solution 25,000 unit/250 ml(100 unit/ml), 25,000 unit/500 ml (50 unit/ml)</i>	1	MO
<i>heparin (porcine) in nacl (pf) intravenous parenteral solution 1,000 unit/500 ml</i>	1	MO
<i>heparin (porcine) in nacl (pf) intravenous parenteral solution 2,000 unit/1,000 ml</i>	1	
<i>heparin (porcine) injection cartridge</i>	1	MO

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>heparin (porcine) injection solution</i>	1	MO
<i>heparin (porcine) injection syringe 5,000 unit/ml</i>	1	MO
HEPARIN(PORCINE) IN 0.45% NAACL INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 12,500 UNIT/250 ML	1	
<i>heparin(porcine) in 0.45% nacl intravenous parenteral solution 25,000 unit/250 ml, 25,000 unit/500 ml</i>	1	MO
<i>heparin, porcine (pf) injection solution 1,000 unit/ml</i>	1	
<i>heparin, porcine (pf) injection solution 5,000 unit/0.5 ml</i>	1	MO
<i>heparin, porcine (pf) injection syringe 5,000 unit/0.5 ml</i>	1	MO
HEPARIN, PORCINE (PF) INJECTION SYRINGE 5,000 UNIT/ML	1	
HEPARIN, PORCINE (PF) SUBCUTANEOUS	1	MO
<i>jantoven</i>	1	MO
<i>pentoxifylline</i>	1	MO
<i>prasugrel</i>	1	MO

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez el 10/02/2024.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
PROMACTA	1	PA; MO; LA; NDS
<i>protamine</i>	1	
<i>warfarin</i>	1	MO
XARELTO DVT-PE TREAT 30D START	1	MO; QL (51 por 180 días)
XARELTO ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION	1	MO; QL (775 por 28 días)
XARELTO ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 20 MG	1	MO; QL (30 por 30 días)
XARELTO ORAL TABLET 2.5 MG	1	MO; QL (60 por 30 días)

## GASTROENTEROLOGÍA

### AGENTES GASTROINTESTINALES VARIOS

<i>alosetron oral tablet 0.5 mg</i>	1	PA; MO
<i>alosetron oral tablet 1 mg</i>	1	PA; MO; NDS
<i>aprepitant</i>	1	B/D PA; MO
<i>balsalazide</i>	1	MO
<i>betaine</i>	1	MO; NDS
<i>budesonide oral capsule, delayed, extended release</i>	1	MO
<i>budesonide oral tablet, delayed and extended release</i>	1	MO; NDS
CINVANTI	1	MO
<i>compro</i>	1	MO

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>constulose</i>	1	MO
CORTIFOAM	1	MO
CREON	1	MO
<i>cromolyn oral</i>	1	MO
<i>dimenhydrinate injection solution</i>	1	MO
<i>dronabinol</i>	1	B/D PA
<i>droperidol injection solution</i>	1	MO
ENTYVIO	1	PA; MO; QL (2 por 28 días); NDS
<i>enulose</i>	1	MO
<i>fosaprepitant</i>	1	MO
GATTEX 30-VIAL	1	PA; MO; NDS
GATTEX ONE-VIAL	1	PA; MO; NDS
<i>gavilyte-c</i>	1	MO
<i>gavilyte-g</i>	1	MO
<i>gavilyte-n</i>	1	
<i>generlac</i>	1	
<i>granisetron (pf) intravenous solution 1 mg/ml (1 ml)</i>	1	MO
<i>granisetron hcl intravenous solution 1 mg/ml</i>	1	MO
<i>granisetron hcl intravenous solution 1 mg/ml (1 ml)</i>	1	
<i>granisetron hcl oral</i>	1	B/D PA; MO
<i>hydrocortisone rectal</i>	1	MO

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez el 10/02/2024.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>hydrocortisone topical cream with perineal applicator</i>	1	MO
INFLECTRA	1	PA; MO; QL (20 por 28 días); NDS
<i>lactulose oral solution 10 gram/15 ml</i>	1	MO
<i>lactulose oral solution 10 gram/15 ml (15 ml), 20 gram/30 ml</i>	1	
LINZESS	1	ST; MO; QL (30 por 30 días)
<i>lubiprostone</i>	1	MO; QL (60 por 30 días)
<i>meclizine oral tablet 12.5 mg, 25 mg</i>	1	MO
<i>mesalamine oral capsule (with del rel tablets)</i>	1	MO
<i>mesalamine oral capsule, extended release</i>	1	NDS
<i>mesalamine oral capsule, extended release 24hr</i>	1	MO
<i>mesalamine oral tablet, delayed release (dr/ec)</i>	1	MO
<i>mesalamine rectal</i>	1	MO
<i>mesalamine with cleansing wipe</i>	1	MO
<i>metoclopramide hcl injection solution</i>	1	MO

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>metoclopramide hcl injection syringe</i>	1	
<i>metoclopramide hcl oral solution</i>	1	MO
<i>metoclopramide hcl oral tablet</i>	1	MO
<i>nitroglycerin rectal</i>	1	MO
OICALIVA	1	PA; MO; LA; QL (30 por 30 días); NDS
<i>ondansetron hcl (pf) injection solution</i>	1	MO
<i>ondansetron hcl (pf) injection syringe</i>	1	
<i>ondansetron hcl intravenous</i>	1	MO
<i>ondansetron hcl oral solution</i>	1	B/D PA; MO
<i>ondansetron hcl oral tablet 4 mg, 8 mg</i>	1	B/D PA; MO
<i>ondansetron oral tablet, disintegrating 4 mg, 8 mg</i>	1	B/D PA; MO
<i>palonosetron intravenous solution 0.25 mg/5 ml</i>	1	MO
<i>palonosetron intravenous syringe</i>	1	
<i>peg 3350-electrolytes</i>	1	
<i>peg-electrolyte</i>	1	MO
<i>prochlorperazine</i>	1	MO
<i>prochlorperazine edisylate injection solution 10 mg/2 ml (5 mg/ml)</i>	1	MO

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez el 10/02/2024.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>prochlorperazine maleate oral</i>	1	MO
<i>procto-med hc</i>	1	MO
<i>proctosol hc topical</i>	1	MO
<i>proctozone-hc</i>	1	MO
RELISTOR SUBCUTANEOUS SOLUTION	1	ST; MO; QL (18 por 30 días); NDS
RELISTOR SUBCUTANEOUS SYRINGE 12 MG/0.6 ML	1	ST; MO; QL (18 por 30 días); NDS
RELISTOR SUBCUTANEOUS SYRINGE 8 MG/0.4 ML	1	ST; MO; QL (12 por 30 días); NDS
<i>scopolamine base</i>	1	MO
SKYRIZI INTRAVENOUS	1	PA; MO; QL (30 por 180 días); NDS
SKYRIZI SUBCUTANEOUS WEARABLE INJECTOR 180 MG/1.2 ML (150 MG/ML)	1	PA; MO; QL (1.2 por 56 días); NDS
SKYRIZI SUBCUTANEOUS WEARABLE INJECTOR 360 MG/2.4 ML (150 MG/ML)	1	PA; MO; QL (2.4 por 56 días); NDS
<i>sodium,potassium,mag sulfates oral recon soln 17.5-3.13-1.6 gram</i>	1	MO

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>sodium,potassium,mag sulfates oral recon soln 17.5-3.13-1.6 gram 2 pack (480ml)</i>	1	
SUCRAID	1	PA; NDS
<i>sulfasalazine</i>	1	MO
SYMPROIC	1	MO; QL (30 por 30 días)
TRULANCE	1	QL (30 por 30 días)
<i>ursodiol oral capsule 300 mg</i>	1	MO
<i>ursodiol oral tablet</i>	1	MO
VARUBI	1	B/D PA
VOWST	1	PA; LA; NDS
ZYMFENTRA	1	PA; MO; QL (2 por 28 días); NDS
<b>ANTIDIARREICOS/ANTIESPASMÓDICOS</b>		
<i>atropine injection solution 0.4 mg/ml</i>	1	
<i>atropine injection syringe 0.1 mg/ml</i>	1	
<i>atropine intravenous solution 0.4 mg/ml</i>	1	
<i>atropine intravenous syringe 0.25 mg/5 ml (0.05 mg/ml)</i>	1	
<i>dicyclomine intramuscular</i>	1	MO
<i>dicyclomine oral capsule</i>	1	MO

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez el 10/02/2024.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>dicyclomine oral solution</i>	1	MO
<i>dicyclomine oral tablet</i>	1	MO
<i>diphenoxylate-atropine oral liquid</i>	1	MO
<i>diphenoxylate-atropine oral tablet</i>	1	MO
<i>glycopyrrolate (pf) in water intravenous syringe 0.4 mg/2 ml (0.2 mg/ml)</i>	1	MO
<i>glycopyrrolate injection</i>	1	MO
<i>glycopyrrolate oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	1	MO
<i>loperamide oral capsule</i>	1	MO
<i>opium tincture</i>	1	MO
<b>TRATAMIENTO DE ÚLCERAS</b>		
<i>esomeprazole magnesium oral capsule, delayed release(dr/ec) 20 mg</i>	1	MO; QL (30 por 30 días)
<i>esomeprazole magnesium oral capsule, delayed release(dr/ec) 40 mg</i>	1	MO; QL (60 por 30 días)
<i>esomeprazole sodium intravenous recon soln 40 mg</i>	1	MO
<i>famotidine (pf)</i>	1	MO
<i>famotidine (pf)-nacl (iso-os)</i>	1	MO
<i>famotidine intravenous</i>	1	MO

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>famotidine oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	1	MO
<i>lansoprazole oral capsule, delayed release(dr/ec) 15 mg</i>	1	MO; QL (30 por 30 días)
<i>lansoprazole oral capsule, delayed release(dr/ec) 30 mg</i>	1	MO; QL (60 por 30 días)
<i>misoprostol</i>	1	MO
<i>omeprazole oral capsule, delayed release(dr/ec) 10 mg, 20 mg</i>	1	MO; QL (30 por 30 días)
<i>omeprazole oral capsule, delayed release(dr/ec) 40 mg</i>	1	MO; QL (60 por 30 días)
<i>pantoprazole intravenous</i>	1	MO
<i>pantoprazole oral tablet, delayed release (dr/ec) 20 mg</i>	1	MO; QL (30 por 30 días)
<i>pantoprazole oral tablet, delayed release (dr/ec) 40 mg</i>	1	MO; QL (60 por 30 días)
<i>sucralfate oral suspension</i>	1	MO
<i>sucralfate oral tablet</i>	1	MO
<b>IMMUNOLOGÍA, VACUNAS/BIOTECNOLOGÍA</b>		
<b>MEDICAMENTOS BIOTECNOLÓGICOS</b>		
ACTIMMUNE	1	PA; MO; NDS
ARCALYST	1	PA; NDS

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez el 10/02/2024.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
AVONEX INTRAMUSCULAR PEN INJECTOR KIT	1	PA; MO; QL (1 por 28 días); NDS
AVONEX INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT	1	PA; MO; QL (1 por 28 días); NDS
BESREMI	1	PA; LA; NDS
BETASERON SUBCUTANEOUS KIT	1	PA; MO; QL (14 por 28 días); NDS
ILARIS (PF)	1	PA; MO; LA; QL (2 por 28 días); NDS
NIVESTYM	1	PA; MO; NDS
NYVEPRIA	1	PA; MO; NDS
OMNITROPE	1	PA; MO; NDS
PEGASYS SUBCUTANEOUS SOLUTION	1	MO; QL (4 por 28 días); NDS
PEGASYS SUBCUTANEOUS SYRINGE	1	MO; QL (2 por 28 días); NDS
<i>plerixafor</i>	1	B/D PA; MO; NDS
PROCRIT INJECTION SOLUTION 10,000 UNIT/ML, 2,000 UNIT/ML, 20,000 UNIT/2 ML, 3,000 UNIT/ML, 4,000 UNIT/ML	1	PA; MO

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
PROCRIT INJECTION SOLUTION 20,000 UNIT/ML, 40,000 UNIT/ML	1	PA; MO; NDS
RETACRIT INJECTION SOLUTION 10,000 UNIT/ML, 2,000 UNIT/ML, 20,000 UNIT/2 ML, 20,000 UNIT/ML, 3,000 UNIT/ML, 4,000 UNIT/ML	1	PA; MO
RETACRIT INJECTION SOLUTION 40,000 UNIT/ML	1	PA; MO; NDS
<b>VACUNAS/AGENTES INMUNOLÓGICOS VARIOS</b>		
ABRYSVO (PF)	1	V
ACTHIB (PF)	1	
ADACEL(TDAP ADOLESN/ADULT)(PF)	1	V
AREXVY (PF)	1	V
BCG VACCINE, LIVE (PF)	1	V
BEXSERO	1	V
BOOSTRIX TDAP	1	V
DAPTACEL (DTAP PEDIATRIC) (PF)	1	
DENGVAXIA (PF)	1	
ENGERIX-B (PF)	1	B/D PA; V
ENGERIX-B PEDIATRIC (PF)	1	B/D PA; V

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez el 10/02/2024.



Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>fomepizole</i>	1	
GAMASTAN	1	MO
GARDASIL 9 (PF)	1	V
HAVRIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,440 ELISA UNIT/ML	1	V
HAVRIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 720 ELISA UNIT/0.5 ML	1	
HEPLISAV-B (PF)	1	B/D PA; V
HIBERIX (PF)	1	
HIZENTRA	1	B/D PA; MO; NDS
HYPERHEP B INTRAMUSCULAR SOLUTION	1	
HYPERHEP B NEONATAL	1	
IMOVAX RABIES VACCINE (PF)	1	V
INFANRIX (DTAP) (PF)	1	
IPOLE	1	V
IXCHIQ (PF)	1	V
IXIARO (PF)	1	V
JYNNEOS (PF)	1	B/D PA; V
KINRIX (PF)	1	
MENACTRA (PF) INTRAMUSCULAR SOLUTION	1	V
MENQUADFI (PF)	1	V

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF)	1	V
M-M-R II (PF)	1	V
MRESVIA (PF)	1	V
PEDIARIX (PF)	1	
PEDVAX HIB (PF)	1	
PENBRAYA (PF)	1	V
PENTACEL (PF) INTRAMUSCULAR KIT 15LF-48MCG-62DU -10 MCG/0.5ML	1	
PREHEVBRIO (PF)	1	B/D PA; V
PRIORIX (PF)	1	V
PRIVIGEN	1	PA; MO; NDS
PROQUAD (PF)	1	
QUADRACEL (PF)	1	
RABAVERT (PF)	1	V
RECOMBIVAX HB (PF)	1	B/D PA; V
ROTARIX ORAL SUSPENSION	1	
ROTARIX ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION	1	
ROTATEQ VACCINE	1	
SHINGRIX (PF)	1	V; QL (2 por 720 días)
TDVAX	1	V
TENIVAC (PF)	1	V

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez el 10/02/2024.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
TETANUS,DIPHTHERIA TOX PED(PF)	1	
TICE BCG	1	B/D PA
TICOVAC INTRAMUSCULAR SYRINGE 1.2 MCG/0.25 ML	1	
TICOVAC INTRAMUSCULAR SYRINGE 2.4 MCG/0.5 ML	1	V
TRUMENBA	1	V
TWINRIX (PF)	1	V
TYPHIM VI	1	V
VAQTA (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 25 UNIT/0.5 ML	1	
VAQTA (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 50 UNIT/ML	1	V
VAQTA (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 25 UNIT/0.5 ML	1	
VAQTA (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 50 UNIT/ML	1	V
VARIVAX (PF)	1	V
VAXCHORA VACCINE	1	V
YF-VAX (PF)	1	V

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<b>MEDICAMENTOS ANTINEOPLÁSICOS/INMUNODEPRESORES</b>		
<b>AGENTES COADYUVANTES</b>		
<i>dexrazoxane hcl</i>	1	B/D PA; MO; NDS
ELITEK	1	MO; NDS
KHAPZORY INTRAVENOUS RECON SOLN 175 MG	1	B/D PA; NDS
<i>leucovorin calcium oral</i>	1	MO
<i>levoleucovorin calcium intravenous recon soln</i>	1	B/D PA; MO; NDS
<i>levoleucovorin calcium intravenous solution</i>	1	B/D PA; NDS
<i>mesna</i>	1	B/D PA; MO
MESNEX ORAL	1	MO; NDS
XGEVA	1	B/D PA; MO; NDS
<b>MEDICAMENTOS ANTINEOPLÁSICOS/INMUNODEPRESORES</b>		
<i>abiraterone oral tablet 250 mg</i>	1	PA; MO; QL (120 por 30 días); NDS
<i>abiraterone oral tablet 500 mg</i>	1	PA; MO; QL (60 por 30 días); NDS
ABRAXANE	1	B/D PA; MO; NDS

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez el 10/02/2024.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
ADCETRIS	1	B/D PA; MO; NDS
ADSTILADRIN	1	PA; NDS
AKEEGA	1	PA; LA; QL (60 por 30 días); NDS
ALECENSA	1	PA; MO; QL (240 por 30 días); NDS
ALIQOPA	1	B/D PA; LA; NDS
ALUNBRIG ORAL TABLET 180 MG, 90 MG	1	PA; QL (30 por 30 días); NDS
ALUNBRIG ORAL TABLET 30 MG	1	PA; QL (60 por 30 días); NDS
ALUNBRIG ORAL TABLETS,DOSE PACK	1	PA; QL (30 por 180 días); NDS
<i>anastrozole</i>	1	MO
ANKTIVA	1	PA; MO; NDS
<i>arsenic trioxide intravenous solution 1 mg/ml</i>	1	B/D PA; NDS
<i>arsenic trioxide intravenous solution 2 mg/ml</i>	1	B/D PA; MO; NDS
ASPARLAS	1	PA; NDS
AUGTYRO	1	PA; MO; QL (240 por 30 días); NDS
AYVAKIT	1	PA; LA; QL (30 por 30 días); NDS

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>azacitidine</i>	1	B/D PA; MO; NDS
<i>azathioprine oral tablet 50 mg</i>	1	B/D PA; MO
<i>azathioprine sodium</i>	1	B/D PA; MO
BALVERSA	1	PA; LA; NDS
BAVENCIO	1	B/D PA; LA; NDS
BELEODAQ	1	B/D PA; NDS
<i>bendamustine intravenous recon soln</i>	1	B/D PA; MO; NDS
BENDEKA	1	B/D PA; MO; NDS
BESPONSA	1	B/D PA; MO; LA; NDS
<i>bexarotene</i>	1	PA; MO; NDS
<i>bicalutamide</i>	1	MO
<i>bleomycin</i>	1	B/D PA; MO
BLINCYTO INTRAVENOUS KIT	1	B/D PA; NDS
BORTEZOMIB INJECTION RECON SOLN 1 MG, 2.5 MG	1	B/D PA; NDS
<i>bortezomib injection recon soln 3.5 mg</i>	1	B/D PA; MO; NDS
BOSULIF ORAL CAPSULE 100 MG	1	PA; MO; QL (180 por 30 días); NDS
BOSULIF ORAL CAPSULE 50 MG	1	PA; MO; QL (330 por 30 días); NDS

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez el 10/02/2024.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
BOSULIF ORAL TABLET 100 MG	1	PA; MO; QL (90 por 30 días); NDS
BOSULIF ORAL TABLET 400 MG, 500 MG	1	PA; MO; QL (30 por 30 días); NDS
BRAFTOVI	1	PA; MO; LA; QL (180 por 30 días); NDS
BRUKINSA	1	PA; LA; QL (120 por 30 días); NDS
<i>busulfan</i>	1	B/D PA; NDS
CABOMETYX	1	PA; MO; LA; QL (30 por 30 días); NDS
CALQUENCE	1	PA; LA; QL (60 por 30 días); NDS
CALQUENCE (ACALABRUTINIB MAL)	1	PA; LA; QL (60 por 30 días); NDS
CAPRELSA ORAL TABLET 100 MG	1	PA; LA; QL (60 por 30 días); NDS
CAPRELSA ORAL TABLET 300 MG	1	PA; LA; QL (30 por 30 días); NDS
<i>carboplatin intravenous solution</i>	1	B/D PA; MO
<i>carmustine intravenous recon soln 100 mg</i>	1	B/D PA; MO; NDS
<i>cisplatin intravenous solution</i>	1	B/D PA; MO
<i>cladribine</i>	1	B/D PA; MO; NDS

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>clofarabine</i>	1	B/D PA; NDS
COLUMVI	1	PA; MO; NDS
COMETRIQ ORAL CAPSULE 100 MG/DAY(80 MG X1-20 MG X1)	1	PA; MO; QL (56 por 28 días); NDS
COMETRIQ ORAL CAPSULE 140 MG/DAY(80 MG X1-20 MG X3)	1	PA; MO; QL (112 por 28 días); NDS
COMETRIQ ORAL CAPSULE 60 MG/DAY (20 MG X 3/DAY)	1	PA; MO; QL (84 por 28 días); NDS
COPIKTRA	1	PA; LA; QL (60 por 30 días); NDS
COTELLIC	1	PA; MO; LA; QL (63 por 28 días); NDS
<i>cyclophosphamide intravenous recon soln</i>	1	B/D PA; MO
<i>cyclophosphamide oral capsule</i>	1	B/D PA; MO
CYCLOPHOSPHAMIDE ORAL TABLET 25 MG	1	B/D PA
CYCLOPHOSPHAMIDE ORAL TABLET 50 MG	1	B/D PA; MO
<i>cyclosporine modified oral capsule</i>	1	B/D PA; MO
<i>cyclosporine modified oral solution</i>	1	B/D PA

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez el 10/02/2024.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>cyclosporine oral capsule</i>	1	B/D PA; MO
CYRAMZA	1	B/D PA; MO; NDS
<i>cytarabine</i>	1	B/D PA; MO
<i>cytarabine (pf) injection solution 100 mg/5 ml (20 mg/ml), 2 gram/20 ml (100 mg/ml)</i>	1	B/D PA; MO
<i>cytarabine (pf) injection solution 20 mg/ml</i>	1	B/D PA
<i>dacarbazine</i>	1	B/D PA; MO
<i>dactinomycin</i>	1	B/D PA; MO
DANYELZA	1	B/D PA; NDS
DARZALEX	1	B/D PA; MO; LA; NDS
<i>daunorubicin</i>	1	B/D PA
DAURISMO ORAL TABLET 100 MG	1	PA; MO; QL (30 por 30 días); NDS
DAURISMO ORAL TABLET 25 MG	1	PA; MO; QL (60 por 30 días); NDS
<i>decitabine</i>	1	B/D PA; MO; NDS
<i>docetaxel intravenous solution 160 mg/16 ml (10 mg/ml), 80 mg/8 ml (10 mg/ml)</i>	1	B/D PA; NDS

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>docetaxel intravenous solution 160 mg/8 ml (20 mg/ml), 20 mg/2 ml (10 mg/ml), 20 mg/ml (1 ml), 80 mg/4 ml (20 mg/ml)</i>	1	B/D PA; MO; NDS
<i>doxorubicin intravenous recon soln 10 mg</i>	1	B/D PA
<i>doxorubicin intravenous recon soln 50 mg</i>	1	B/D PA; MO
<i>doxorubicin intravenous solution 10 mg/5 ml, 20 mg/10 ml, 50 mg/25 ml</i>	1	B/D PA; MO
<i>doxorubicin intravenous solution 2 mg/ml</i>	1	B/D PA
<i>doxorubicin, peg-liposomal</i>	1	B/D PA; MO; NDS
DROXIA	1	MO
ELIGARD	1	PA; MO
ELIGARD (3 MONTH)	1	PA; MO
ELIGARD (4 MONTH)	1	PA; MO
ELIGARD (6 MONTH)	1	PA; MO
ELREXFIO	1	PA; NDS
ELZONRIS	1	B/D PA; LA; NDS
EMPLICITI	1	B/D PA; MO; NDS
ENVARUSUS XR	1	B/D PA; MO

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez el 10/02/2024.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>epirubicin intravenous solution 200 mg/100 ml</i>	1	B/D PA
EPKINLY	1	PA; NDS
ERBITUX	1	B/D PA; MO; NDS
<i>eribulin</i>	1	B/D PA; NDS
ERIVEDGE	1	PA; MO; QL (30 por 30 días); NDS
ERLEADA ORAL TABLET 240 MG	1	PA; MO; QL (30 por 30 días); NDS
ERLEADA ORAL TABLET 60 MG	1	PA; MO; QL (120 por 30 días); NDS
<i>erlotinib oral tablet 100 mg, 150 mg</i>	1	PA; MO; QL (30 por 30 días); NDS
<i>erlotinib oral tablet 25 mg</i>	1	PA; MO; QL (60 por 30 días); NDS
ERWINASE	1	B/D PA; NDS
ETOPOPHOS	1	B/D PA; MO
<i>etoposide intravenous</i>	1	B/D PA; MO
<i>everolimus (antineoplastic) oral tablet</i>	1	PA; MO; QL (30 por 30 días); NDS
<i>everolimus (antineoplastic) oral tablet for suspension 2 mg</i>	1	PA; MO; QL (330 por 30 días); NDS
<i>everolimus (antineoplastic) oral tablet for suspension 3 mg</i>	1	PA; MO; QL (240 por 30 días); NDS

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>everolimus (antineoplastic) oral tablet for suspension 5 mg</i>	1	PA; MO; QL (180 por 30 días); NDS
<i>everolimus (immunosuppressive) oral tablet 0.25 mg</i>	1	B/D PA; MO
<i>everolimus (immunosuppressive) oral tablet 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg</i>	1	B/D PA; MO; NDS
<i>exemestane</i>	1	MO
FIRMAGON KIT W DILUENT SYRINGE SUBCUTANEOUS RECON SOLN 120 MG	1	PA; MO; NDS
FIRMAGON KIT W DILUENT SYRINGE SUBCUTANEOUS RECON SOLN 80 MG	1	PA; MO
<i>floxuridine</i>	1	B/D PA
<i>fludarabine intravenous recon soln</i>	1	B/D PA; MO
<i>fludarabine intravenous solution</i>	1	B/D PA
<i>fluorouracil intravenous solution 1 gram/20 ml, 500 mg/10 ml</i>	1	B/D PA; MO
<i>fluorouracil intravenous solution 2.5 gram/50 ml, 5 gram/100 ml</i>	1	B/D PA

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez el 10/02/2024.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
FOTIVDA	1	PA; LA; QL (21 por 28 días); NDS
FRUZAQLA ORAL CAPSULE 1 MG	1	PA; QL (84 por 28 días); NDS
FRUZAQLA ORAL CAPSULE 5 MG	1	PA; QL (21 por 28 días); NDS
<i>fulvestrant</i>	1	B/D PA; MO; NDS
FYARRO	1	PA; NDS
GAVRETO	1	PA; LA; QL (120 por 30 días); NDS
GAZYVA	1	B/D PA; MO; NDS
<i>gefitinib</i>	1	PA; MO; QL (30 por 30 días); NDS
<i>gemcitabine intravenous recon soln 1 gram, 200 mg</i>	1	B/D PA; MO
<i>gemcitabine intravenous recon soln 2 gram</i>	1	B/D PA
<i>gemcitabine intravenous solution 1 gram/26.3 ml (38 mg/ml), 2 gram/52.6 ml (38 mg/ml), 200 mg/5.26 ml (38 mg/ml)</i>	1	B/D PA; MO
GEMCITABINE INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/ML	1	B/D PA

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>gengraf</i>	1	B/D PA; MO
GILOTRIF	1	PA; MO; QL (30 por 30 días); NDS
GLEOSTINE ORAL CAPSULE 10 MG	1	MO; NDS
GLEOSTINE ORAL CAPSULE 100 MG, 40 MG	1	MO; NDS
<i>hydroxyurea</i>	1	MO
IBRANCE	1	PA; MO; QL (21 por 28 días); NDS
ICLUSIG	1	PA; QL (30 por 30 días); NDS
<i>idarubicin</i>	1	B/D PA; MO
IDHIFA	1	PA; MO; LA; QL (30 por 30 días); NDS
<i>ifosfamide intravenous recon soln</i>	1	B/D PA; MO
<i>ifosfamide intravenous solution 1 gram/20 ml</i>	1	B/D PA; MO
<i>ifosfamide intravenous solution 3 gram/60 ml</i>	1	B/D PA
<i>imatinib oral tablet 100 mg</i>	1	PA; MO; QL (180 por 30 días); NDS
<i>imatinib oral tablet 400 mg</i>	1	PA; MO; QL (60 por 30 días); NDS

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez el 10/02/2024.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 140 MG	1	PA; QL (120 por 30 días); NDS
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 70 MG	1	PA; QL (30 por 30 días); NDS
IMBRUVICA ORAL SUSPENSION	1	PA; QL (324 por 30 días); NDS
IMBRUVICA ORAL TABLET 140 MG, 280 MG, 420 MG	1	PA; QL (30 por 30 días); NDS
IMDELLTRA	1	PA; NDS
IMFINZI	1	B/D PA; MO; LA; NDS
IMJUDO	1	PA; MO; NDS
INLYTA ORAL TABLET 1 MG	1	PA; MO; QL (180 por 30 días); NDS
INLYTA ORAL TABLET 5 MG	1	PA; MO; QL (120 por 30 días); NDS
INQOVI	1	PA; MO; QL (5 por 28 días); NDS
INREBIC	1	PA; MO; LA; QL (120 por 30 días); NDS
<i>irinotecan intravenous solution 100 mg/5 ml</i>	1	B/D PA; MO
<i>irinotecan intravenous solution 300 mg/15 ml, 500 mg/25 ml</i>	1	B/D PA; NDS

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>irinotecan intravenous solution 40 mg/2 ml</i>	1	B/D PA; MO; NDS
ISTODAX	1	B/D PA; MO; NDS
IWILFIN	1	PA; LA; QL (240 por 30 días); NDS
IXEMPRA	1	B/D PA; MO; NDS
JAKAFI	1	PA; MO; QL (60 por 30 días); NDS
JAYPIRCA ORAL TABLET 100 MG	1	PA; MO; QL (60 por 30 días); NDS
JAYPIRCA ORAL TABLET 50 MG	1	PA; MO; QL (30 por 30 días); NDS
JEMPERLI	1	PA; MO; NDS
JEVTANA	1	B/D PA; MO; NDS
JYLAMVO	1	B/D PA; MO
KADCYLA	1	PA; MO; NDS
KEYTRUDA	1	PA; NDS
KIMMTRAK	1	B/D PA; NDS
KISQALI FEMARA CO-PACK ORAL TABLET 200 MG/DAY(200 MG X 1)-2.5 MG	1	PA; MO; QL (49 por 28 días); NDS
KISQALI FEMARA CO-PACK ORAL TABLET 400 MG/DAY(200 MG X 2)-2.5 MG	1	PA; MO; QL (70 por 28 días); NDS

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez el 10/02/2024.



Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
KISQALI FEMARA CO-PACK ORAL TABLET 600 MG/DAY(200 MG X 3)-2.5 MG	1	PA; MO; QL (91 por 28 días); NDS
KISQALI ORAL TABLET 200 MG/DAY (200 MG X 1)	1	PA; MO; QL (21 por 28 días); NDS
KISQALI ORAL TABLET 400 MG/DAY (200 MG X 2)	1	PA; MO; QL (42 por 28 días); NDS
KISQALI ORAL TABLET 600 MG/DAY (200 MG X 3)	1	PA; MO; QL (63 por 28 días); NDS
KOSELUGO	1	PA; NDS
KRAZATI	1	PA; QL (180 por 30 días); NDS
KYPROLIS	1	B/D PA; NDS
<i>lanreotide subcutaneous syringe 120 mg/0.5 ml</i>	1	PA; MO; NDS
<i>lapatinib</i>	1	PA; MO; QL (180 por 30 días); NDS
<i>lenalidomide oral capsule 10 mg, 15 mg, 25 mg, 5 mg</i>	1	PA; MO; QL (28 por 28 días); NDS
<i>lenalidomide oral capsule 2.5 mg, 20 mg</i>	1	PA; QL (28 por 28 días); NDS

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
LENVIMA ORAL CAPSULE 10 MG/DAY (10 MG X 1), 4 MG	1	PA; MO; QL (30 por 30 días); NDS
LENVIMA ORAL CAPSULE 12 MG/DAY (4 MG X 3), 18 MG/DAY (10 MG X 1-4 MG X2), 24 MG/DAY(10 MG X 2-4 MG X 1)	1	PA; MO; QL (90 por 30 días); NDS
LENVIMA ORAL CAPSULE 14 MG/DAY(10 MG X 1-4 MG X 1), 20 MG/DAY (10 MG X 2), 8 MG/DAY (4 MG X 2)	1	PA; MO; QL (60 por 30 días); NDS
<i>letrozole</i>	1	MO
<i>leuprolide subcutaneous kit</i>	1	PA; MO; NDS
LIBTAYO	1	PA; LA; NDS
LONSURF	1	PA; MO; NDS
LOQTORZI	1	PA; NDS
LORBRENA ORAL TABLET 100 MG	1	PA; MO; QL (30 por 30 días); NDS
LORBRENA ORAL TABLET 25 MG	1	PA; MO; QL (90 por 30 días); NDS
LUMAKRAS ORAL TABLET 120 MG	1	PA; MO; QL (240 por 30 días); NDS
LUMAKRAS ORAL TABLET 320 MG	1	PA; MO; QL (90 por 30 días); NDS
LUNSUMIO	1	PA; MO; NDS

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez el 10/02/2024.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
LUPRON DEPOT	1	PA; MO; NDS
LYNPARZA	1	PA; MO; QL (120 por 30 días); NDS
LYSODREN	1	NDS
LYTGOBI ORAL TABLET 12 MG/DAY (4 MG X 3)	1	PA; LA; QL (84 por 28 días); NDS
LYTGOBI ORAL TABLET 16 MG/DAY (4 MG X 4)	1	PA; LA; QL (112 por 28 días); NDS
LYTGOBI ORAL TABLET 20 MG/DAY (4 MG X 5)	1	PA; LA; QL (140 por 28 días); NDS
MARGENZA	1	B/D PA; NDS
MATULANE	1	NDS
<i>megestrol oral suspension 400 mg/10 ml (10 ml)</i>	1	PA
<i>megestrol oral suspension 400 mg/10 ml (40 mg/ml)</i>	1	PA; MO
<i>megestrol oral suspension 625 mg/5 ml (125 mg/ml)</i>	1	PA; MO
<i>megestrol oral tablet</i>	1	PA; MO
MEKINIST ORAL RECON SOLN	1	PA; MO; QL (1200 por 30 días); NDS
MEKINIST ORAL TABLET 0.5 MG	1	PA; MO; QL (90 por 30 días); NDS

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
MEKINIST ORAL TABLET 2 MG	1	PA; MO; QL (30 por 30 días); NDS
MEKTOVI	1	PA; MO; LA; QL (180 por 30 días); NDS
<i>melphalan hcl</i>	1	B/D PA; NDS
<i>mercaptopurine</i>	1	MO
<i>methotrexate sodium</i>	1	B/D PA; MO
<i>methotrexate sodium (pf) injection recon soln</i>	1	B/D PA
<i>methotrexate sodium (pf) injection solution</i>	1	B/D PA; MO
<i>mitomycin intravenous recon soln 20 mg, 5 mg</i>	1	B/D PA; MO
<i>mitomycin intravenous recon soln 40 mg</i>	1	B/D PA; MO; NDS
<i>mitoxantrone</i>	1	B/D PA; MO
MONJUVI	1	PA; LA; NDS
<i>mycophenolate mofetil (hcl)</i>	1	B/D PA; MO
<i>mycophenolate mofetil oral capsule</i>	1	B/D PA; MO
<i>mycophenolate mofetil oral suspension for reconstitution</i>	1	B/D PA; MO; NDS
<i>mycophenolate mofetil oral tablet</i>	1	B/D PA; MO
<i>mycophenolate sodium</i>	1	B/D PA; MO
MYHIBBIN	1	B/D PA; NDS

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez el 10/02/2024.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
MYLOTARG	1	B/D PA; MO; LA; NDS
<i>nelarabine</i>	1	B/D PA; MO; NDS
NERLYNX	1	PA; MO; LA; NDS
<i>nilutamide</i>	1	PA; MO; NDS
NINLARO	1	PA; MO; QL (3 por 28 días); NDS
NUBEQA	1	PA; MO; LA; QL (120 por 30 días); NDS
NULOJIX	1	B/D PA; MO; NDS
<i>octreotide acetate injection solution 1,000 mcg/ml, 500 mcg/ml</i>	1	PA; MO; NDS
<i>octreotide acetate injection solution 100 mcg/ml, 200 mcg/ml, 50 mcg/ml</i>	1	PA; MO
<i>octreotide acetate injection syringe 100 mcg/ml (1 ml), 50 mcg/ml (1 ml)</i>	1	PA; MO
<i>octreotide acetate injection syringe 500 mcg/ml (1 ml)</i>	1	PA; MO; NDS
ODOMZO	1	PA; MO; LA; QL (30 por 30 días); NDS
OGSIVEO ORAL TABLET 100 MG, 150 MG	1	PA; QL (56 por 28 días); NDS

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
OGSIVEO ORAL TABLET 50 MG	1	PA; QL (180 por 30 días); NDS
OJEMDA ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION	1	PA; QL (96 por 28 días); NDS
OJEMDA ORAL TABLET 400 MG/WEEK (100 MG X 4)	1	PA; QL (16 por 28 días); NDS
OJEMDA ORAL TABLET 500 MG/WEEK (100 MG X 5)	1	PA; QL (20 por 28 días); NDS
OJEMDA ORAL TABLET 600 MG/WEEK (100 MG X 6)	1	PA; QL (24 por 28 días); NDS
OJJAARA	1	PA; QL (30 por 30 días); NDS
ONCASPAR	1	B/D PA; NDS
ONIVYDE	1	B/D PA; NDS
ONUREG	1	PA; MO; QL (14 por 28 días); NDS
OPDIVO	1	PA; MO; NDS
OPDUALAG	1	PA; MO; NDS
ORGOVYX	1	PA; LA; QL (30 por 28 días); NDS
ORSERDU ORAL TABLET 345 MG	1	PA; QL (30 por 30 días); NDS

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez el 10/02/2024.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
ORSERDU ORAL TABLET 86 MG	1	PA; QL (90 por 30 días); NDS
<i>oxaliplatin intravenous recon soln 100 mg</i>	1	B/D PA
<i>oxaliplatin intravenous recon soln 50 mg</i>	1	B/D PA; MO
<i>oxaliplatin intravenous solution 100 mg/20 ml, 50 mg/10 ml (5 mg/ml)</i>	1	B/D PA; MO
<i>oxaliplatin intravenous solution 200 mg/40 ml</i>	1	B/D PA
<i>paclitaxel</i>	1	B/D PA; MO
PADCEV	1	PA; MO; NDS
<i>paraplatin</i>	1	B/D PA
<i>pazopanib</i>	1	PA; MO; QL (120 por 30 días); NDS
PEMAZYRE	1	PA; LA; QL (28 por 28 días); NDS
<i>pemetrexed disodium intravenous recon soln 1,000 mg, 500 mg</i>	1	B/D PA; MO; NDS
<i>pemetrexed disodium intravenous recon soln 100 mg</i>	1	B/D PA; MO

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>pemetrexed disodium intravenous recon soln 750 mg</i>	1	B/D PA; NDS
PERJETA	1	B/D PA; MO; NDS
PIQRAY ORAL TABLET 200 MG/DAY (200 MG X 1)	1	PA; MO; QL (28 por 28 días); NDS
PIQRAY ORAL TABLET 250 MG/DAY (200 MG X1-50 MG X1), 300 MG/DAY (150 MG X 2)	1	PA; MO; QL (56 por 28 días); NDS
POLIVY	1	PA; MO; NDS
POMALYST	1	PA; MO; LA; QL (21 por 28 días); NDS
PORTRAZZA	1	B/D PA; MO; NDS
POTELIGEO	1	PA; NDS
PRALATREXATE	1	B/D PA; MO; NDS
PROGRAF INTRAVENOUS	1	B/D PA; MO
PROGRAF ORAL GRANULES IN PACKET	1	B/D PA; MO
PURIXAN	1	NDS
QINLOCK	1	PA; LA; QL (90 por 30 días); NDS
RETEVMO ORAL CAPSULE 40 MG	1	PA; MO; LA; QL (180 por 30 días); NDS

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez el 10/02/2024.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
RETEVMO ORAL CAPSULE 80 MG	1	PA; MO; LA; QL (120 por 30 días); NDS
RETEVMO ORAL TABLET 120 MG, 160 MG, 80 MG	1	PA; LA; QL (60 por 30 días); NDS
RETEVMO ORAL TABLET 40 MG	1	PA; LA; QL (90 por 30 días); NDS
REVLIMID	1	PA; MO; LA; QL (28 por 28 días); NDS
REZLIDHIA	1	PA; QL (60 por 30 días); NDS
REZUROCK	1	PA; LA; QL (30 por 30 días); NDS
<i>romidepsin intravenous recon soln</i>	1	B/D PA; NDS
ROZLYTREK ORAL CAPSULE 100 MG	1	PA; MO; QL (150 por 30 días); NDS
ROZLYTREK ORAL CAPSULE 200 MG	1	PA; MO; QL (90 por 30 días); NDS
ROZLYTREK ORAL PELLETS IN PACKET	1	PA; MO; QL (336 por 28 días); NDS
RUBRACA	1	PA; MO; LA; QL (120 por 30 días); NDS
RUXIENCE	1	PA; MO; NDS
RYBREVANT	1	PA; MO; NDS

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
RYDAPT	1	PA; MO; QL (224 por 28 días); NDS
RYLAZE	1	B/D PA; NDS
RYTELO	1	PA; NDS
SANDOSTATIN LAR DEPOT INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXT ENDED REL RECON	1	PA; MO; NDS
SARCLISA	1	PA; LA; NDS
SCEMBLIX ORAL TABLET 100 MG	1	PA; QL (120 por 30 días); NDS
SCEMBLIX ORAL TABLET 20 MG	1	PA; QL (600 por 30 días); NDS
SCEMBLIX ORAL TABLET 40 MG	1	PA; QL (300 por 30 días); NDS
SIGNIFOR	1	PA; NDS
SIMULECT	1	B/D PA; MO
<i>sirolimus oral solution</i>	1	B/D PA; MO; NDS
<i>sirolimus oral tablet</i>	1	B/D PA; MO
SOLTAMOX	1	MO; NDS
SOMATULINE DEPOT	1	PA; MO; NDS
<i>sorafenib</i>	1	PA; MO; QL (120 por 30 días); NDS

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez el 10/02/2024.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
SPRYCEL ORAL TABLET 100 MG, 140 MG, 50 MG, 80 MG	1	PA; MO; QL (30 por 30 días); NDS
SPRYCEL ORAL TABLET 20 MG, 70 MG	1	PA; MO; QL (60 por 30 días); NDS
STIVARGA	1	PA; MO; QL (84 por 28 días); NDS
<i>sunitinib malate</i>	1	PA; MO; QL (30 por 30 días); NDS
TABRECTA	1	PA; MO; NDS
<i>tacrolimus oral capsule</i>	1	B/D PA; MO
TAFINLAR ORAL CAPSULE	1	PA; MO; QL (120 por 30 días); NDS
TAFINLAR ORAL TABLET FOR SUSPENSION	1	PA; MO; QL (840 por 28 días); NDS
TAGRISSE	1	PA; MO; LA; QL (30 por 30 días); NDS
TALVEY	1	PA; NDS
TALZENNA	1	PA; MO; QL (30 por 30 días); NDS
<i>tamoxifen</i>	1	MO
TASIGNA ORAL CAPSULE 150 MG, 200 MG	1	PA; MO; QL (112 por 28 días); NDS
TASIGNA ORAL CAPSULE 50 MG	1	PA; MO; QL (120 por 30 días); NDS
TAZVERIK	1	PA; LA; NDS

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
TECENTRIQ	1	B/D PA; MO; LA; NDS
TECVAYLI	1	PA; NDS
TEMODAR INTRAVENOUS	1	B/D PA; MO; NDS
<i>temsirolimus</i>	1	B/D PA; MO; NDS
TEPMETKO	1	PA; LA; NDS
THALOMID ORAL CAPSULE 100 MG, 50 MG	1	PA; MO; QL (28 por 28 días); NDS
THALOMID ORAL CAPSULE 150 MG, 200 MG	1	PA; QL (56 por 28 días); NDS
<i>thiotepa injection recon soln 100 mg</i>	1	B/D PA; NDS
<i>thiotepa injection recon soln 15 mg</i>	1	B/D PA; MO; NDS
TIBSOVO	1	PA; NDS
TIVDAK	1	PA; MO; NDS
<i>topotecan</i>	1	B/D PA; MO; NDS
<i>toremifene</i>	1	MO; NDS
<i>torpenz</i>	1	PA; QL (30 por 30 días); NDS
TRAZIMERA	1	B/D PA; MO; NDS
TRELSTAR INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION	1	PA; MO
<i>tretinoin (antineoplastic)</i>	1	MO; NDS

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez el 10/02/2024.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
TRODELVY	1	PA; LA; NDS
TRUQAP	1	PA; QL (64 por 28 días); NDS
TUKYSA ORAL TABLET 150 MG	1	PA; LA; QL (120 por 30 días); NDS
TUKYSA ORAL TABLET 50 MG	1	PA; LA; QL (300 por 30 días); NDS
TURALIO ORAL CAPSULE 125 MG	1	PA; LA; QL (120 por 30 días); NDS
UNITUXIN	1	B/D PA; NDS
<i>valrubicin</i>	1	B/D PA; MO; NDS
VANFLYTA	1	PA; QL (56 por 28 días); NDS
VECTIBIX	1	B/D PA; MO; NDS
VENCLEXTA ORAL TABLET 10 MG	1	PA; LA; QL (60 por 30 días)
VENCLEXTA ORAL TABLET 100 MG	1	PA; LA; QL (180 por 30 días); NDS
VENCLEXTA ORAL TABLET 50 MG	1	PA; LA; QL (30 por 30 días); NDS
VENCLEXTA STARTING PACK	1	PA; LA; QL (42 por 180 días); NDS
VERZENIO	1	PA; MO; LA; QL (60 por 30 días); NDS
<i>vinblastine</i>	1	B/D PA; MO

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>vincristine</i>	1	B/D PA; MO
<i>vinorelbine</i>	1	B/D PA; MO
VITRAKVI ORAL CAPSULE 100 MG	1	PA; MO; LA; QL (60 por 30 días); NDS
VITRAKVI ORAL CAPSULE 25 MG	1	PA; MO; LA; QL (180 por 30 días); NDS
VITRAKVI ORAL SOLUTION	1	PA; MO; LA; QL (300 por 30 días); NDS
VIZIMPRO	1	PA; MO; QL (30 por 30 días); NDS
VONJO	1	PA; QL (120 por 30 días); NDS
VYXEOS	1	B/D PA; NDS
WELIREG	1	PA; LA; NDS
XALKORI ORAL CAPSULE	1	PA; MO; QL (60 por 30 días); NDS
XALKORI ORAL PELLETT 150 MG	1	PA; MO; QL (180 por 30 días); NDS
XALKORI ORAL PELLETT 20 MG, 50 MG	1	PA; MO; QL (120 por 30 días); NDS
XERMELO	1	PA; LA; QL (84 por 28 días); NDS
XOSPATA	1	PA; LA; QL (90 por 30 días); NDS
XPOVIO	1	PA; LA; NDS

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez el 10/02/2024.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
XTANDI ORAL CAPSULE	1	PA; MO; QL (120 por 30 días); NDS
XTANDI ORAL TABLET 40 MG	1	PA; MO; QL (120 por 30 días); NDS
XTANDI ORAL TABLET 80 MG	1	PA; MO; QL (60 por 30 días); NDS
YERVOY	1	B/D PA; MO; NDS
YONDELIS	1	B/D PA; NDS
ZALTRAP	1	B/D PA; MO; NDS
ZANOSAR	1	B/D PA; MO
ZEJULA ORAL TABLET	1	PA; MO; LA; QL (30 por 30 días); NDS
ZELBORAF	1	PA; MO; QL (240 por 30 días); NDS
ZEPZELCA	1	PA; NDS
ZIRABEV	1	B/D PA; MO; NDS
ZOLADEX	1	PA; MO
ZOLINZA	1	PA; MO; QL (120 por 30 días); NDS
ZYDELIG	1	PA; MO; QL (60 por 30 días); NDS
ZYKADIA	1	PA; MO; QL (90 por 30 días); NDS
ZYNLONTA	1	PA; LA; NDS
ZYNYZ	1	PA; NDS

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<b>MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO AUTÓNOMO/CENTRAL, NEUROLOGÍA/PSIC.</b>		
<b>AGENTES ANTIPARKINSONIANOS</b>		
<i>benztropine injection</i>	1	MO
<i>benztropine oral</i>	1	PA; MO
<i>bromocriptine</i>	1	MO
<i>carbidopa</i>	1	MO
<i>carbidopa-levodopa oral tablet</i>	1	MO
<i>carbidopa-levodopa oral tablet extended release</i>	1	MO
<i>carbidopa-levodopa oral tablet, disintegrating</i>	1	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone</i>	1	MO
<i>entacapone</i>	1	MO
INBRIJA INHALATION CAPSULE, W/INHALATION DEVICE	1	PA; QL (300 por 30 días); NDS
NEUPRO	1	MO
<i>pramipexole oral tablet</i>	1	MO
<i>rasagiline</i>	1	MO
<i>ropinirole oral tablet</i>	1	MO
<i>selegiline hcl</i>	1	MO
<i>trihexyphenidyl oral tablet</i>	1	MO
<b>ANALGÉSICOS NARCÓTICOS</b>		

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez el 10/02/2024.



Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>acetaminophen-codeine oral solution 120-12 mg/5 ml</i>	1	MO; QL (4500 por 30 días)
<i>acetaminophen-codeine oral tablet 300-15 mg, 300-30 mg</i>	1	MO; QL (360 por 30 días)
<i>acetaminophen-codeine oral tablet 300-60 mg</i>	1	MO; QL (180 por 30 días)
<i>buprenorphine hcl injection syringe</i>	1	
<i>buprenorphine hcl sublingual</i>	1	MO
<i>endocet oral tablet 10-325 mg, 2.5-325 mg, 7.5-325 mg</i>	1	QL (360 por 30 días)
<i>endocet oral tablet 5-325 mg</i>	1	MO; QL (360 por 30 días)
<i>fentanyl citrate (pf) injection solution</i>	1	
<i>fentanyl citrate (pf) intravenous syringe 100 mcg/2 ml (50 mcg/ml)</i>	1	
<i>fentanyl citrate buccal lozenge on a handle 1,200 mcg, 1,600 mcg, 400 mcg, 600 mcg, 800 mcg</i>	1	PA; MO; QL (120 por 30 días); NDS
<i>fentanyl citrate buccal lozenge on a handle 200 mcg</i>	1	PA; MO; QL (120 por 30 días)
<i>fentanyl transdermal patch 72 hour 100 mcg/hr, 12 mcg/hr, 25 mcg/hr, 50 mcg/hr, 75 mcg/hr</i>	1	PA; MO; QL (10 por 30 días)

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>hydrocodone-acetaminophen oral solution 7.5-325 mg/15 ml</i>	1	MO; QL (5550 por 30 días)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg, 5-325 mg, 7.5-325 mg</i>	1	MO; QL (360 por 30 días)
<i>hydrocodone-ibuprofen oral tablet 7.5-200 mg</i>	1	MO; QL (50 por 30 días)
<i>hydromorphone (pf) injection solution 10 (mg/ml) (5 ml), 10 mg/ml, 2 mg/ml</i>	1	
<i>hydromorphone injection solution 1 mg/ml</i>	1	
<i>hydromorphone injection solution 2 mg/ml</i>	1	MO
<i>hydromorphone injection syringe 1 mg/ml, 4 mg/ml</i>	1	MO
<i>hydromorphone injection syringe 2 mg/ml</i>	1	
<i>hydromorphone oral liquid</i>	1	MO; QL (2400 por 30 días)
<i>hydromorphone oral tablet</i>	1	MO; QL (180 por 30 días)
<i>hydromorphone oral tablet extended release 24 hr</i>	1	PA; MO; QL (60 por 30 días)
<i>methadone injection solution</i>	1	

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez el 10/02/2024.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>methadone intensol</i>	1	PA; MO; QL (90 por 30 días)
<i>methadone oral concentrate</i>	1	PA; QL (90 por 30 días)
<i>methadone oral solution 10 mg/5 ml</i>	1	PA; MO; QL (600 por 30 días)
<i>methadone oral solution 5 mg/5 ml</i>	1	PA; MO; QL (1200 por 30 días)
<i>methadone oral tablet 10 mg</i>	1	PA; MO; QL (120 por 30 días)
<i>methadone oral tablet 5 mg</i>	1	PA; MO; QL (240 por 30 días)
<i>methadose oral concentrate</i>	1	PA; MO; QL (90 por 30 días)
<i>morphine (pf) injection solution 0.5 mg/ml</i>	1	
<i>morphine (pf) injection solution 1 mg/ml</i>	1	MO
<i>morphine concentrate oral solution</i>	1	MO; QL (900 por 30 días)
<i>morphine injection syringe 4 mg/ml</i>	1	MO
<i>morphine intravenous solution 10 mg/ml, 4 mg/ml</i>	1	MO

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>morphine intravenous syringe 10 mg/ml, 2 mg/ml, 4 mg/ml</i>	1	
<i>morphine oral solution</i>	1	MO; QL (900 por 30 días)
<i>morphine oral tablet</i>	1	MO; QL (180 por 30 días)
<i>morphine oral tablet extended release</i>	1	PA; MO; QL (120 por 30 días)
<i>oxycodone oral capsule</i>	1	MO; QL (360 por 30 días)
<i>oxycodone oral concentrate</i>	1	MO; QL (180 por 30 días)
<i>oxycodone oral solution</i>	1	MO; QL (1200 por 30 días)
<i>oxycodone oral tablet 10 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg</i>	1	MO; QL (180 por 30 días)
<i>oxycodone oral tablet 5 mg</i>	1	MO; QL (360 por 30 días)
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg, 2.5-325 mg, 5-325 mg, 7.5-325 mg</i>	1	MO; QL (360 por 30 días)
<b>ANALGÉSICOS NO NARCÓTICOS</b>		
<i>buprenorphine-naloxone sublingual film 12-3 mg</i>	1	MO; QL (60 por 30 días)
<i>buprenorphine-naloxone sublingual film 2-0.5 mg</i>	1	MO; QL (360 por 30 días)
<i>buprenorphine-naloxone sublingual film 4-1 mg, 8-2 mg</i>	1	MO; QL (90 por 30 días)

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez el 10/02/2024.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>buprenorphine-naloxone sublingual tablet 2-0.5 mg</i>	1	MO; QL (360 por 30 días)
<i>buprenorphine-naloxone sublingual tablet 8-2 mg</i>	1	MO; QL (90 por 30 días)
<i>butorphanol injection</i>	1	MO
<i>butorphanol nasal</i>	1	MO; QL (10 por 28 días)
<i>celecoxib</i>	1	MO
<i>clonidine (pf) epidural solution 5,000 mcg/10 ml</i>	1	
<i>diclofenac potassium oral tablet 50 mg</i>	1	MO
<i>diclofenac sodium oral</i>	1	MO
<i>diclofenac sodium topical gel 1 %</i>	1	MO; QL (1000 por 28 días)
<i>diclofenac sodium topical solution in metered-dose pump</i>	1	MO; QL (224 por 28 días); NDS
<i>diflunisal</i>	1	MO
<i>etodolac oral capsule</i>	1	MO
<i>etodolac oral tablet</i>	1	MO
<i>flurbiprofen oral tablet 100 mg</i>	1	MO
<i>ibu</i>	1	MO
<i>ibuprofen oral suspension</i>	1	MO
<i>ibuprofen oral tablet 400 mg, 800 mg</i>	1	MO

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>ibuprofen oral tablet 600 mg</i>	1	
<i>meloxicam oral tablet</i>	1	MO; QL (30 por 30 días)
<i>nabumetone</i>	1	MO
<i>nalbuphine</i>	1	
<i>naloxone injection solution</i>	1	MO
<i>naloxone injection syringe 0.4 mg/ml (prefilled syringe)</i>	1	
<i>naloxone injection syringe 0.4 mg/ml, 1 mg/ml</i>	1	MO
<i>naloxone nasal</i>	1	MO
<i>naltrexone</i>	1	MO
<i>naproxen oral tablet</i>	1	MO
<i>naproxen oral tablet, delayed release (dr/ec) 375 mg</i>	1	MO
<i>oxaprozin oral tablet</i>	1	MO
<i>piroxicam</i>	1	MO
<i>salsalate</i>	1	MO
<i>sulindac</i>	1	MO
<i>tramadol oral tablet 50 mg</i>	1	MO; QL (240 por 30 días)
<i>tramadol-acetaminophen</i>	1	MO; QL (240 por 30 días)
VIVITROL	1	MO; NDS
<b>ANTICONVULSIVANTES</b>		
APTIOM ORAL TABLET 200 MG	1	MO; QL (180 por 30 días); NDS

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez el 10/02/2024.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
APTIOM ORAL TABLET 400 MG	1	MO; QL (90 por 30 días); NDS
APTIOM ORAL TABLET 600 MG, 800 MG	1	MO; QL (60 por 30 días); NDS
BRIVIACT INTRAVENOUS	1	MO; QL (600 por 30 días)
BRIVIACT ORAL SOLUTION	1	MO; QL (600 por 30 días); NDS
BRIVIACT ORAL TABLET	1	MO; QL (60 por 30 días); NDS
<i>carbamazepine oral capsule, er multiphase 12 hr</i>	1	MO
<i>carbamazepine oral suspension 100 mg/5 ml</i>	1	MO
<i>carbamazepine oral suspension 100 mg/5 ml (5 ml), 200 mg/10 ml</i>	1	
<i>carbamazepine oral tablet</i>	1	MO
<i>carbamazepine oral tablet extended release 12 hr</i>	1	MO
<i>carbamazepine oral tablet, chewable</i>	1	MO
<i>clobazam oral suspension</i>	1	PA; MO; QL (480 por 30 días)
<i>clobazam oral tablet</i>	1	PA; MO; QL (60 por 30 días)

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>clonazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	1	MO; QL (90 por 30 días)
<i>clonazepam oral tablet 2 mg</i>	1	MO; QL (300 por 30 días)
<i>clonazepam oral tablet, disintegrating 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg</i>	1	MO; QL (90 por 30 días)
<i>clonazepam oral tablet, disintegrating 2 mg</i>	1	MO; QL (300 por 30 días)
DIACOMIT	1	PA; LA; NDS
<i>diazepam rectal</i>	1	MO
DILANTIN 30 MG	1	MO
<i>divalproex</i>	1	MO
EPIDIOLEX	1	PA; MO; LA; NDS
<i>epitol</i>	1	MO
EPRONTIA	1	PA; MO
<i>ethosuximide</i>	1	MO
<i>felbamate oral suspension</i>	1	MO; NDS
<i>felbamate oral tablet</i>	1	MO
FINTEPLA	1	PA; LA; QL (360 por 30 días); NDS
<i>fosphenytoin</i>	1	MO
FYCOMPA ORAL SUSPENSION	1	MO; QL (720 por 30 días); NDS
FYCOMPA ORAL TABLET 10 MG, 12 MG, 8 MG	1	MO; QL (30 por 30 días); NDS
FYCOMPA ORAL TABLET 2 MG	1	MO; QL (60 por 30 días)

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez el 10/02/2024.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
FYCOMPA ORAL TABLET 4 MG, 6 MG	1	MO; QL (60 por 30 días); NDS
<i>gabapentin oral capsule 100 mg, 400 mg</i>	1	MO; QL (270 por 30 días)
<i>gabapentin oral capsule 300 mg</i>	1	MO; QL (360 por 30 días)
<i>gabapentin oral solution 250 mg/5 ml</i>	1	MO; QL (2160 por 30 días)
<i>gabapentin oral solution 250 mg/5 ml (5 ml), 300 mg/6 ml (6 ml)</i>	1	QL (2160 por 30 días)
<i>gabapentin oral tablet 600 mg</i>	1	MO; QL (180 por 30 días)
<i>gabapentin oral tablet 800 mg</i>	1	MO; QL (120 por 30 días)
<i>lacosamide intravenous</i>	1	MO; QL (1200 por 30 días)
<i>lacosamide oral solution</i>	1	MO; QL (1200 por 30 días)
<i>lacosamide oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg</i>	1	MO; QL (60 por 30 días)
<i>lacosamide oral tablet 50 mg</i>	1	MO; QL (120 por 30 días)
<i>lamotrigine oral tablet</i>	1	MO
<i>lamotrigine oral tablet, chewable dispersible</i>	1	MO
<i>lamotrigine oral tablet, disintegrating</i>	1	MO

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>levetiracetam in nacl (iso-os) intravenous piggyback 1,000 mg/100 ml, 500 mg/100 ml</i>	1	MO
<i>levetiracetam in nacl (iso-os) intravenous piggyback 1,500 mg/100 ml</i>	1	
<i>levetiracetam intravenous</i>	1	MO
<i>levetiracetam oral solution 100 mg/ml</i>	1	MO
<i>levetiracetam oral solution 500 mg/5 ml (5 ml)</i>	1	
<i>levetiracetam oral tablet</i>	1	MO
<i>levetiracetam oral tablet extended release 24 hr</i>	1	MO
LIBERVANT	1	PA; QL (10 por 30 días); NDS
<i>methsuximide</i>	1	MO
NAYZILAM	1	PA; MO; QL (10 por 30 días); NDS
<i>oxcarbazepine oral suspension</i>	1	MO
<i>oxcarbazepine oral tablet</i>	1	MO
<i>phenobarbital oral elixir</i>	1	PA; MO
<i>phenobarbital oral tablet 100 mg, 15 mg, 30 mg, 60 mg</i>	1	PA

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez el 10/02/2024.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>phenobarbital oral tablet 16.2 mg, 32.4 mg, 64.8 mg, 97.2 mg</i>	1	PA; MO
<i>phenobarbital sodium injection solution 130 mg/ml</i>	1	MO
<i>phenobarbital sodium injection solution 65 mg/ml</i>	1	
<i>phenytoin oral suspension 100 mg/4 ml</i>	1	
<i>phenytoin oral suspension 125 mg/5 ml</i>	1	MO
<i>phenytoin oral tablet, chewable</i>	1	MO
<i>phenytoin sodium extended oral capsule 100 mg</i>	1	MO
<i>phenytoin sodium extended oral capsule 200 mg, 300 mg</i>	1	
<i>phenytoin sodium intravenous solution</i>	1	
<i>pregabalin oral capsule 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	1	MO; QL (90 por 30 días)
<i>pregabalin oral capsule 225 mg, 300 mg</i>	1	MO; QL (60 por 30 días)
<i>pregabalin oral solution</i>	1	MO; QL (900 por 30 días)

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
PRIMIDONE ORAL TABLET 125 MG	1	MO
<i>primidone oral tablet 250 mg, 50 mg</i>	1	MO
<i>roweepra oral tablet 500 mg</i>	1	MO
<i>rufinamide oral suspension</i>	1	PA; MO; NDS
<i>rufinamide oral tablet 200 mg</i>	1	PA; MO
<i>rufinamide oral tablet 400 mg</i>	1	PA; MO; NDS
SPRITAM	1	MO
<i>subvenite oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg</i>	1	MO
<i>subvenite oral tablet 150 mg</i>	1	
SYMPAZAN ORAL FILM 10 MG, 20 MG	1	PA; MO; QL (60 por 30 días); NDS
SYMPAZAN ORAL FILM 5 MG	1	PA; MO; QL (60 por 30 días)
<i>tiagabine</i>	1	MO
<i>topiramate oral capsule, sprinkle</i>	1	PA; MO
<i>topiramate oral tablet</i>	1	PA; MO
<i>valproate sodium</i>	1	MO
<i>valproic acid</i>	1	MO
<i>valproic acid (as sodium salt) oral solution 250 mg/5 ml</i>	1	MO

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez el 10/02/2024.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>valproic acid (as sodium salt) oral solution 250 mg/5 ml (5 ml), 500 mg/10 ml (10 ml)</i>	1	
VALTOCO	1	PA; MO; QL (10 por 30 días); NDS
<i>vigabatrin</i>	1	PA; MO; LA; NDS
<i>vigadrone</i>	1	PA; LA; NDS
<i>vigpoder</i>	1	PA; LA; NDS
XCOPRI MAINTENANCE PACK	1	MO; QL (56 por 28 días); NDS
XCOPRI ORAL TABLET 100 MG, 25 MG, 50 MG	1	MO; QL (30 por 30 días); NDS
XCOPRI ORAL TABLET 150 MG, 200 MG	1	MO; QL (60 por 30 días); NDS
XCOPRI TITRATION PACK ORAL TABLETS,DOSE PACK 12.5 MG (14)- 25 MG (14)	1	MO; QL (28 por 180 días)
XCOPRI TITRATION PACK ORAL TABLETS,DOSE PACK 150 MG (14)- 200 MG (14), 50 MG (14)- 100 MG (14)	1	MO; QL (28 por 180 días); NDS
ZONISADE	1	PA; MO; NDS
<i>zonisamide</i>	1	PA; MO

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
ZTALMY	1	PA; LA; QL (1100 por 30 días); NDS

### MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS

ABILIFY ASIMTUFII INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 720 MG/2.4 ML	1	MO; QL (2.4 por 56 días); NDS
ABILIFY ASIMTUFII INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 960 MG/3.2 ML	1	MO; QL (3.2 por 56 días); NDS
ABILIFY MAINTENANCE	1	MO; QL (1 por 28 días); NDS
<i>amitriptyline</i>	1	MO
<i>amoxapine</i>	1	MO
<i>aripiprazole oral solution</i>	1	MO
<i>aripiprazole oral tablet</i>	1	MO; QL (30 por 30 días)
<i>aripiprazole oral tablet,disintegrating</i>	1	MO; QL (60 por 30 días)
ARISTADA INITIO	1	MO; QL (4.8 por 365 días); NDS

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez el 10/02/2024.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
ARISTADA INTRAMUSCULAR SUSPENSION, EXTENDED REL SYRING 1,064 MG/3.9 ML	1	MO; QL (3.9 por 56 días); NDS
ARISTADA INTRAMUSCULAR SUSPENSION, EXTENDED REL SYRING 441 MG/1.6 ML	1	MO; QL (1.6 por 28 días); NDS
ARISTADA INTRAMUSCULAR SUSPENSION, EXTENDED REL SYRING 662 MG/2.4 ML	1	MO; QL (2.4 por 28 días); NDS
ARISTADA INTRAMUSCULAR SUSPENSION, EXTENDED REL SYRING 882 MG/3.2 ML	1	MO; QL (3.2 por 28 días); NDS
<i>armodafinil</i>	1	PA; MO; QL (30 por 30 días)
<i>asenapine maleate</i>	1	MO; QL (60 por 30 días)
<i>atomoxetine oral capsule 10 mg, 18 mg, 25 mg, 40 mg</i>	1	MO; QL (60 por 30 días)
<i>atomoxetine oral capsule 100 mg, 60 mg, 80 mg</i>	1	MO; QL (30 por 30 días)

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
AUVELITY	1	ST; QL (60 por 30 días); NDS
BELSOMRA	1	PA; QL (30 por 30 días)
<i>bupropion hcl oral tablet</i>	1	MO
<i>bupropion hcl oral tablet extended release 24 hr 150 mg</i>	1	MO; QL (90 por 30 días)
<i>bupropion hcl oral tablet extended release 24 hr 300 mg</i>	1	MO; QL (30 por 30 días)
<i>bupropion hcl oral tablet sustained-release 12 hr</i>	1	MO; QL (60 por 30 días)
<i>buspirone</i>	1	MO
CAPLYTA	1	MO; QL (30 por 30 días)
<i>chlorpromazine injection</i>	1	MO
<i>chlorpromazine oral</i>	1	MO
<i>citalopram oral solution</i>	1	MO
<i>citalopram oral tablet</i>	1	MO; QL (30 por 30 días)
<i>clomipramine</i>	1	MO
<i>clonidine hcl oral tablet extended release 12 hr</i>	1	MO
<i>clorazepate dipotassium oral tablet 15 mg</i>	1	PA; MO; QL (180 por 30 días)
<i>clorazepate dipotassium oral tablet 3.75 mg</i>	1	PA; MO; QL (90 por 30 días)

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez el 10/02/2024.



Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>clorazepate dipotassium oral tablet 7.5 mg</i>	1	PA; MO; QL (360 por 30 días)
<i>clozapine oral tablet</i>	1	
<i>clozapine oral tablet, disintegrating</i>	1	
<i>desipramine</i>	1	MO
<i>desvenlafaxine succinate</i>	1	MO; QL (30 por 30 días)
<i>dextroamphetamine-amphetamine oral capsule, extended release 24hr</i>	1	MO
<i>dextroamphetamine-amphetamine oral tablet</i>	1	MO
<i>diazepam injection</i>	1	PA
<i>diazepam intensol</i>	1	PA; MO; QL (240 por 30 días)
<i>diazepam oral concentrate</i>	1	PA; QL (240 por 30 días)
<i>diazepam oral solution 5 mg/5 ml (1 mg/ml)</i>	1	PA; MO; QL (1200 por 30 días)
<i>diazepam oral solution 5 mg/5 ml (1 mg/ml, 5 ml)</i>	1	PA; QL (1200 por 30 días)
<i>diazepam oral tablet</i>	1	PA; MO; QL (120 por 30 días)
<i>doxepin oral capsule</i>	1	MO
<i>doxepin oral concentrate</i>	1	MO
<i>doxepin oral tablet</i>	1	MO; QL (30 por 30 días)

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
DRIZALMA ORAL CAPSULE, DELAYED REL SPRINKLE 20 MG, 30 MG, 60 MG	1	MO; QL (60 por 30 días)
DRIZALMA ORAL CAPSULE, DELAYED REL SPRINKLE 40 MG	1	MO; QL (90 por 30 días)
<i>duloxetine oral capsule, delayed release(dr/ec) 20 mg, 30 mg, 60 mg</i>	1	MO; QL (60 por 30 días)
EMSAM	1	MO; NDS
<i>escitalopram oxalate oral solution</i>	1	MO
<i>escitalopram oxalate oral tablet</i>	1	MO; QL (30 por 30 días)
FANAPT ORAL TABLET	1	ST; MO; QL (60 por 30 días)
FANAPT ORAL TABLETS, DOSE PACK	1	ST; MO; QL (8 por 180 días)
FETZIMA ORAL CAPSULE, EXT REL 24HR DOSE PACK 20 MG (2)-40 MG (26)	1	QL (28 por 180 días)
FETZIMA ORAL CAPSULE, EXTENDED RELEASE 24 HR	1	QL (30 por 30 días)
<i>flumazenil</i>	1	
<i>fluoxetine oral capsule 10 mg</i>	1	MO; QL (30 por 30 días)

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez el 10/02/2024.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>fluoxetine oral capsule 20 mg</i>	1	MO; QL (90 por 30 días)
<i>fluoxetine oral capsule 40 mg</i>	1	MO; QL (60 por 30 días)
<i>fluoxetine oral solution</i>	1	MO
<i>fluphenazine decanoate</i>	1	MO
<i>fluphenazine hcl</i>	1	MO
<i>fluvoxamine oral tablet 100 mg</i>	1	MO; QL (90 por 30 días)
<i>fluvoxamine oral tablet 25 mg</i>	1	MO; QL (30 por 30 días)
<i>fluvoxamine oral tablet 50 mg</i>	1	MO; QL (60 por 30 días)
<i>haloperidol</i>	1	MO
<i>haloperidol decanoate intramuscular solution 100 mg/ml (1 ml)</i>	1	
<i>haloperidol decanoate intramuscular solution 100 mg/ml, 50 mg/ml, 50 mg/ml(1ml)</i>	1	MO
<i>haloperidol lactate injection</i>	1	MO
<i>haloperidol lactate intramuscular</i>	1	
<i>haloperidol lactate oral</i>	1	MO
<i>imipramine hcl</i>	1	MO

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
INVEGA HAFYERA INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,092 MG/3.5 ML	1	MO; QL (3.5 por 180 días); NDS
INVEGA HAFYERA INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,560 MG/5 ML	1	MO; QL (5 por 180 días); NDS
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 117 MG/0.75 ML	1	MO; QL (0.75 por 28 días); NDS
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 156 MG/ML	1	MO; QL (1 por 28 días); NDS
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 234 MG/1.5 ML	1	MO; QL (1.5 por 28 días); NDS
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 39 MG/0.25 ML	1	MO; QL (0.25 por 28 días)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 78 MG/0.5 ML	1	MO; QL (0.5 por 28 días); NDS
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 273 MG/0.88 ML	1	MO; QL (0.88 por 90 días); NDS

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez el 10/02/2024.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 410 MG/1.32 ML	1	MO; QL (1.32 por 90 días); NDS
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 546 MG/1.75 ML	1	MO; QL (1.75 por 90 días); NDS
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 819 MG/2.63 ML	1	MO; QL (2.63 por 90 días); NDS
<i>lithium carbonate</i>	1	MO
<i>lithium citrate</i>	1	
<i>lorazepam injection solution</i>	1	PA; MO
<i>lorazepam injection syringe 2 mg/ml</i>	1	PA; MO
<i>lorazepam intensol</i>	1	PA; QL (150 por 30 días)
<i>lorazepam oral concentrate</i>	1	PA; MO; QL (150 por 30 días)
<i>lorazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	1	PA; MO; QL (90 por 30 días)
<i>lorazepam oral tablet 2 mg</i>	1	PA; MO; QL (150 por 30 días)
<i>loxapine succinate</i>	1	MO
<i>lurasidone oral tablet 120 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg</i>	1	MO; QL (30 por 30 días); NDS
<i>lurasidone oral tablet 80 mg</i>	1	MO; QL (60 por 30 días); NDS
MARPLAN	1	MO

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>methylphenidate hcl oral capsule,erbiphasic 50-50</i>	1	MO
<i>methylphenidate hcl oral solution</i>	1	MO
<i>methylphenidate hcl oral tablet</i>	1	MO
<i>methylphenidate hcl oral tablet extended release 10 mg, 20 mg</i>	1	MO
<i>methylphenidate hcl oral tablet, chewable</i>	1	MO
<i>mirtazapine oral tablet</i>	1	MO
<i>mirtazapine oral tablet, disintegrating</i>	1	MO
<i>modafinil oral tablet 100 mg</i>	1	PA; MO; QL (30 por 30 días)
<i>modafinil oral tablet 200 mg</i>	1	PA; MO; QL (60 por 30 días)
<i>molindone oral tablet 10 mg, 25 mg</i>	1	
<i>molindone oral tablet 5 mg</i>	1	MO
<i>nefazodone</i>	1	MO
<i>nortriptyline oral capsule</i>	1	MO
<i>nortriptyline oral solution</i>	1	MO
NUPLAZID	1	PA; MO; QL (30 por 30 días)

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez el 10/02/2024.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>olanzapine intramuscular</i>	1	MO
<i>olanzapine oral tablet</i>	1	MO; QL (30 por 30 días)
<i>olanzapine oral tablet, disintegrating</i>	1	MO; QL (30 por 30 días)
<i>paliperidone oral tablet extended release 24hr 1.5 mg, 3 mg, 9 mg</i>	1	MO; QL (30 por 30 días)
<i>paliperidone oral tablet extended release 24hr 6 mg</i>	1	MO; QL (60 por 30 días)
<i>paroxetine hcl oral suspension</i>	1	MO
<i>paroxetine hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	1	MO; QL (30 por 30 días)
<i>paroxetine hcl oral tablet 30 mg</i>	1	MO; QL (60 por 30 días)
<i>pentobarbital sodium injection solution</i>	1	
<i>perphenazine</i>	1	MO
<i>phenelzine</i>	1	MO
<i>pimozide</i>	1	MO
<i>protriptyline</i>	1	MO
<i>quetiapine oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	MO; QL (90 por 30 días)
<i>quetiapine oral tablet 300 mg, 400 mg</i>	1	MO; QL (60 por 30 días)

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>quetiapine oral tablet extended release 24 hr 150 mg, 200 mg</i>	1	MO; QL (30 por 30 días)
<i>quetiapine oral tablet extended release 24 hr 300 mg, 400 mg, 50 mg</i>	1	MO; QL (60 por 30 días)
<i>ramelteon</i>	1	MO; QL (30 por 30 días)
REXULTI ORAL TABLET	1	MO; QL (30 por 30 días)
<i>risperidone microspheres intramuscular suspension, extended rel recon 12.5 mg/2 ml, 25 mg/2 ml</i>	1	MO; QL (2 por 28 días)
<i>risperidone microspheres intramuscular suspension, extended rel recon 37.5 mg/2 ml, 50 mg/2 ml</i>	1	MO; QL (2 por 28 días); NDS
<i>risperidone oral solution</i>	1	MO
<i>risperidone oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg</i>	1	MO; QL (60 por 30 días)
<i>risperidone oral tablet 4 mg</i>	1	MO; QL (120 por 30 días)
<i>risperidone oral tablet, disintegrating 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg</i>	1	MO; QL (60 por 30 días)

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez el 10/02/2024.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>risperidone oral tablet, disintegrating 4 mg</i>	1	MO; QL (120 por 30 días)
SECUADO	1	MO; QL (30 por 30 días); NDS
<i>sertraline oral concentrate</i>	1	MO
<i>sertraline oral tablet 100 mg, 50 mg</i>	1	MO; QL (60 por 30 días)
<i>sertraline oral tablet 25 mg</i>	1	MO; QL (30 por 30 días)
SODIUM OXYBATE (PREFERRED NDCS STARTING WITH 00054)	1	PA; LA; QL (540 por 30 días); NDS
SPRAVATO NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 56 MG (28 MG X 2), 84 MG (28 MG X 3)	1	PA; MO; NDS
<i>thioridazine</i>	1	MO
<i>thiothixene</i>	1	MO
<i>tranlycypromine</i>	1	MO
<i>trazodone</i>	1	MO
<i>trifluoperazine</i>	1	MO
<i>trimipramine</i>	1	MO
TRINTELLIX	1	QL (30 por 30 días)
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION, EXTENDED REL SYRING 100 MG/0.28 ML	1	MO; QL (0.28 por 28 días); NDS

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION, EXTENDED REL SYRING 125 MG/0.35 ML	1	MO; QL (0.35 por 28 días); NDS
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION, EXTENDED REL SYRING 150 MG/0.42 ML	1	MO; QL (0.42 por 56 días); NDS
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION, EXTENDED REL SYRING 200 MG/0.56 ML	1	MO; QL (0.56 por 56 días); NDS
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION, EXTENDED REL SYRING 250 MG/0.7 ML	1	MO; QL (0.7 por 56 días); NDS
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION, EXTENDED REL SYRING 50 MG/0.14 ML	1	MO; QL (0.14 por 28 días); NDS
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION, EXTENDED REL SYRING 75 MG/0.21 ML	1	MO; QL (0.21 por 28 días); NDS
<i>venlafaxine oral capsule, extended release 24hr 150 mg, 37.5 mg</i>	1	MO; QL (30 por 30 días)

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez el 10/02/2024.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>venlafaxine oral capsule, extended release 24hr 75 mg</i>	1	MO; QL (90 por 30 días)
<i>venlafaxine oral tablet</i>	1	MO; QL (90 por 30 días)
VERSACLOZ	1	NDS
<i>vilazodone</i>	1	MO; QL (30 por 30 días)
VRAYLAR ORAL CAPSULE	1	MO; QL (30 por 30 días)
<i>zaleplon oral capsule 10 mg</i>	1	MO; QL (60 por 30 días)
<i>zaleplon oral capsule 5 mg</i>	1	MO; QL (30 por 30 días)
<i>ziprasidone hcl</i>	1	MO; QL (60 por 30 días)
<i>ziprasidone mesylate</i>	1	MO
<i>zolpidem oral tablet</i>	1	MO; QL (30 por 30 días)
ZURZUVAE ORAL CAPSULE 20 MG, 25 MG	1	PA; MO; QL (28 por 365 días); NDS
ZURZUVAE ORAL CAPSULE 30 MG	1	PA; MO; QL (14 por 365 días); NDS
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 210 MG	1	MO; QL (2 por 28 días)

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 300 MG	1	MO; QL (2 por 28 días); NDS
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 405 MG	1	MO; QL (1 por 28 días); NDS

### RELAJANTES MUSCULARES/TERAPIA ANTIESPASMÓDICA

<i>baclofen oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	1	MO
<i>cyclobenzaprine oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	PA; MO
<i>dantrolene intravenous</i>	1	
<i>dantrolene oral</i>	1	MO
<i>pyridostigmine bromide oral tablet 60 mg</i>	1	MO
<i>pyridostigmine bromide oral tablet extended release</i>	1	
<i>revonto</i>	1	
<i>tizanidine oral tablet</i>	1	MO

### TRATAMIENTO DE LA MIGRAÑA/CEFALEA EN RACIMOS

<i>dihydroergotamine injection</i>	1	NDS
------------------------------------	---	-----

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez el 10/02/2024.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>dihydroergotamine nasal</i>	1	QL (8 por 28 días); NDS
EMGALITY PEN	1	PA; MO; QL (2 por 30 días)
EMGALITY SUBCUTANEOUS SYRINGE 120 MG/ML	1	PA; MO; QL (2 por 30 días)
<i>ergotamine-caffeine</i>	1	MO
<i>naratriptan</i>	1	MO; QL (18 por 28 días)
NURTEC ODT	1	PA; QL (16 por 30 días)
<i>rizatriptan oral tablet</i>	1	MO; QL (24 por 28 días)
<i>rizatriptan oral tablet, disintegrating</i>	1	MO; QL (24 por 28 días)
<i>sumatriptan</i>	1	MO; QL (18 por 28 días)
<i>sumatriptan succinate oral</i>	1	MO; QL (18 por 28 días)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous cartridge 4 mg/0.5 ml</i>	1	MO; QL (8 por 28 días)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous cartridge 6 mg/0.5 ml</i>	1	QL (8 por 28 días)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous pen injector 4 mg/0.5 ml</i>	1	QL (8 por 28 días)

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>sumatriptan succinate subcutaneous pen injector 6 mg/0.5 ml</i>	1	MO; QL (8 por 28 días)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous solution</i>	1	MO; QL (8 por 28 días)
<b>TRATAMIENTO NEUROLÓGICO DIVERSOS</b>		
BRIUMVI	1	PA; MO; QL (24 por 180 días); NDS
<i>dalfampridine</i>	1	PA; MO; QL (60 por 30 días)
<i>dimethyl fumarate oral capsule, delayed release(dr/ec) 120 mg</i>	1	PA; MO; QL (14 por 30 días); NDS
<i>dimethyl fumarate oral capsule, delayed release(dr/ec) 120 mg (14)- 240 mg (46)</i>	1	PA; MO; QL (120 por 180 días); NDS
<i>dimethyl fumarate oral capsule, delayed release(dr/ec) 240 mg</i>	1	PA; MO; QL (60 por 30 días); NDS
<i>donepezil oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	MO
<i>donepezil oral tablet, disintegrating</i>	1	MO
<i> fingolimod</i>	1	PA; MO; QL (30 por 30 días); NDS

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez el 10/02/2024.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>galantamine oral capsule, ext rel. pellets 24 hr</i>	1	MO
<i>galantamine oral solution</i>	1	MO
<i>galantamine oral tablet</i>	1	MO
<i>glatiramer subcutaneous syringe 20 mg/ml</i>	1	PA; QL (30 por 30 días); NDS
<i>glatiramer subcutaneous syringe 40 mg/ml</i>	1	PA; QL (12 por 28 días); NDS
<i>glatopa subcutaneous syringe 20 mg/ml</i>	1	PA; MO; QL (30 por 30 días); NDS
<i>glatopa subcutaneous syringe 40 mg/ml</i>	1	PA; MO; QL (12 por 28 días); NDS
KESIMPTA PEN	1	PA; MO; QL (1.6 por 28 días); NDS
<i>memantine oral capsule, sprinkle, er 24hr</i>	1	PA; MO
<i>memantine oral solution</i>	1	PA; MO
<i>memantine oral tablet</i>	1	PA; MO
NAMZARIC ORAL CAP, SPRINKLE, ER 24HR DOSE PACK	1	PA
NAMZARIC ORAL CAPSULE, SPRINKLE, ER 24HR	1	PA; MO
NUEDEXTA	1	PA; MO; NDS
RADICAVA ORS	1	PA; MO; NDS

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
RADICAVA ORS STARTER KIT SUSP	1	PA; MO; NDS
<i>rivastigmine</i>	1	MO
<i>rivastigmine tartrate</i>	1	MO
<i>teriflunomide</i>	1	PA; MO; QL (30 por 30 días); NDS
<i>tetrabenazine oral tablet 12.5 mg</i>	1	PA; MO; QL (240 por 30 días); NDS
<i>tetrabenazine oral tablet 25 mg</i>	1	PA; MO; QL (120 por 30 días); NDS

## MEDICAMENTOS PARA NARIZ, GARGANTA Y OÍDO

### AGENTES VARIOS

<i>azelastine nasal spray, non-aerosol 137 mcg (0.1 %)</i>	1	MO; QL (60 por 30 días)
<i>azelastine nasal spray, non-aerosol 205.5 mcg (0.15 %)</i>	1	QL (60 por 30 días)
<i>chlorhexidine gluconate mucous membrane</i>	1	MO
<i>denta 5000 plus</i>	1	MO
<i>dentagel</i>	1	MO
<i>fluoride (sodium) dental cream</i>	1	
<i>fluoride (sodium) dental gel</i>	1	
<i>fluoride (sodium) dental paste</i>	1	MO

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez el 10/02/2024.



Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>ipratropium bromide nasal</i>	1	MO; QL (30 por 30 días)
<i>kourzeq</i>	1	
<i>oralone</i>	1	
<i>periogard</i>	1	MO
<i>sf</i>	1	MO
<i>sf 5000 plus</i>	1	MO
<i>sodium fluoride 5000 dry mouth</i>	1	MO
<i>sodium fluoride 5000 plus</i>	1	
<i>sodium fluoride-pot nitrate</i>	1	MO
<i>triamcinolone acetonide dental</i>	1	MO

### ESTEROIDES/ANTIBIÓTICOS ÓTICOS

<i>ciprofloxacin-dexamethasone</i>	1	MO; QL (7.5 por 7 días)
<i>neomycin-polymyxin-hc otic (ear)</i>	1	MO

### PREPARACIONES ÓTICAS VARIAS

<i>acetic acid otic (ear)</i>	1	MO
<i>flac otic oil</i>	1	
<i>fluocinolone acetonide oil</i>	1	MO
<i>hydrocortisone-acetic acid</i>	1	MO
<i>ofloxacin otic (ear)</i>	1	MO

### OBSTETRICIA/GINECOLOGÍA

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<b>ANTICONCEPTIVOS ORALES/AGENTES RELACIONADOS</b>		
<i>altavera (28)</i>	1	MO
<i>alyacen 1/35 (28)</i>	1	MO
<i>alyacen 7/7/7 (28)</i>	1	MO
<i>apri</i>	1	MO
<i>aranelle (28)</i>	1	MO
<i>aubra eq</i>	1	MO
<i>aviane</i>	1	MO
<i>azurette (28)</i>	1	MO
<i>cryselle (28)</i>	1	MO
<i>cyred eq</i>	1	MO
<i>dasetta 1/35 (28)</i>	1	MO
<i>dasetta 7/7/7 (28)</i>	1	MO
<i>desog-e.estradiol/e.estradiol</i>	1	
<i>desogestrel-ethinyl estradiol</i>	1	
<i>drospirenone-ethinyl estradiol oral tablet 3-0.02 mg</i>	1	MO
<i>drospirenone-ethinyl estradiol oral tablet 3-0.03 mg</i>	1	
<i>elinet</i>	1	MO
<i>enpresse</i>	1	MO
<i>enskyce</i>	1	MO
<i>estarylla</i>	1	MO
<i>ethynodiol diac-eth estradiol</i>	1	
<i>falmina (28)</i>	1	MO

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez el 10/02/2024.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>introvale</i>	1	
<i>isibloom</i>	1	MO
<i>jasmiel (28)</i>	1	MO
<i>jolessa</i>	1	MO
<i>juleber</i>	1	MO
<i>kalliga</i>	1	
<i>kariva (28)</i>	1	
<i>kelnor 1/35 (28)</i>	1	MO
<i>kelnor 1/50 (28)</i>	1	MO
<i>kurvelo (28)</i>	1	MO
<i>l norgest/e.estradiol-e.estradiol oral tablets,dose pack,3 month 0.1 mg-20 mcg (84)/10 mcg (7)</i>	1	
<i>larin 1.5/30 (21)</i>	1	MO
<i>larin 1/20 (21)</i>	1	MO
<i>larin fe 1.5/30 (28)</i>	1	MO
<i>larin fe 1/20 (28)</i>	1	MO
<i>lessina</i>	1	MO
<i>levonest (28)</i>	1	MO
<i>levonorgestrel-ethinyl estradiol oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	1	MO
<i>levonorgestrel-ethinyl estradiol oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	1	
<i>levonorgestrel-ethinyl estradiol oral tablets,dose pack,3 month</i>	1	
<i>levonorg-eth estradiol triphasic</i>	1	

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>levora-28</i>	1	MO
<i>loryna (28)</i>	1	MO
<i>low-ogestrel (28)</i>	1	MO
<i>lo-zumandimine (28)</i>	1	MO
<i>lutura (28)</i>	1	MO
<i>marlissa (28)</i>	1	MO
<i>microgestin 1.5/30 (21)</i>	1	MO
<i>microgestin 1/20 (21)</i>	1	MO
<i>microgestin fe 1.5/30 (28)</i>	1	MO
<i>microgestin fe 1/20 (28)</i>	1	MO
<i>mili</i>	1	MO
<i>mono-linyah</i>	1	MO
<i>nikki (28)</i>	1	MO
<i>norethindrone ac-eth estradiol oral tablet 1-20 mg-mcg, 1.5-30 mg-mcg</i>	1	MO
<i>norethindrone-e.estradiol-iron oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)</i>	1	
<i>norgestimate-ethinyl estradiol oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg, 0.25-35 mg-mcg</i>	1	
<i>norgestimate-ethinyl estradiol oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28)</i>	1	MO
<i>nortrel 0.5/35 (28)</i>	1	MO

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez el 10/02/2024.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>nortrel 1/35 (21)</i>	1	MO
<i>nortrel 1/35 (28)</i>	1	MO
<i>nortrel 7/7/7 (28)</i>	1	MO
<i>pimtree (28)</i>	1	MO
<i>portia 28</i>	1	MO
<i>reclipsen (28)</i>	1	MO
<i>setlakin</i>	1	MO
<i>sprintec (28)</i>	1	MO
<i>sronyx</i>	1	MO
<i>syeda</i>	1	MO
<i>tarina fe 1-20 eq (28)</i>	1	MO
<i>tilia fe</i>	1	MO
<i>tri-estarylla</i>	1	MO
<i>tri-legest fe</i>	1	MO
<i>tri-linyah</i>	1	MO
<i>tri-lo-estarylla</i>	1	MO
<i>tri-lo-marzia</i>	1	MO
<i>tri-lo-sprintec</i>	1	
<i>tri-sprintec (28)</i>	1	MO
<i>trivora (28)</i>	1	MO
<i>turqoz (28)</i>	1	MO
<i>velivet triphasic regimen (28)</i>	1	MO
<i>vestura (28)</i>	1	MO
<i>vienva</i>	1	MO
<i>violele (28)</i>	1	MO
<i>wera (28)</i>	1	MO
<i>zovia 1-35 (28)</i>	1	MO
<i>zumandimine (28)</i>	1	MO

### ESTRÓGENOS/PROGESTINAS

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez el 10/02/2024.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>camila</i>	1	MO
<i>deblitane</i>	1	MO
DEPO-SUBQ PROVERA 104	1	MO
<i>dotti</i>	1	PA; MO; QL (8 por 28 días)
<i>emzahh</i>	1	
<i>errin</i>	1	MO
<i>estradiol oral</i>	1	PA; MO
<i>estradiol transdermal patch semiweekly</i>	1	PA; MO; QL (8 por 28 días)
<i>estradiol transdermal patch weekly</i>	1	PA; MO; QL (4 por 28 días)
<i>estradiol vaginal cream</i>	1	MO
<i>estradiol vaginal tablet</i>	1	MO
<i>estradiol valerate</i>	1	MO
<i>estradiol-norethindrone acet</i>	1	PA; MO
<i>fyavolv</i>	1	PA; MO
<i>heather</i>	1	MO
<i>incassia</i>	1	MO
<i>jencycla</i>	1	MO
<i>jinteli</i>	1	PA; MO
<i>lyleq</i>	1	MO
<i>lyllana</i>	1	PA; MO; QL (8 por 28 días)
<i>lyza</i>	1	
<i>medroxyprogesterone</i>	1	MO

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>mimvey</i>	1	PA; MO
<i>nora-be</i>	1	MO
<i>norethindrone (contraceptive)</i>	1	
<i>norethindrone acetate</i>	1	MO
<i>norethindrone ac-eth estradiol oral tablet 0.5-2.5 mg-mcg, 1-5 mg-mcg</i>	1	PA; MO
<i>progesterone</i>	1	MO
<i>progesterone micronized</i>	1	MO
<i>sharobel</i>	1	MO
<i>yuvafem</i>	1	
<b>OXITÓCICOS</b>		
<i>methylergonovine oral</i>	1	PA
<b>PRODUCTOS OBSTÉTRICOS/GINECOLÓGICOS VARIOS</b>		
<i>clindamycin phosphate vaginal</i>	1	MO
<i>eluryng</i>	1	MO
<i>etonogestrel-ethinyl estradiol</i>	1	
LILETTA	1	MO
<i>metronidazole vaginal gel 0.75 % (37.5mg/5 gram)</i>	1	MO
<i>mifepristone oral tablet 200 mg</i>	1	LA
MYFEMBREE	1	PA; MO; NDS
NEXPLANON	1	

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>norelgestromin-ethin.estradiol</i>	1	
<i>terconazole</i>	1	MO
<i>tranexamic acid oral</i>	1	MO
<i>xulane</i>	1	
<i>zafemy</i>	1	MO
<b>OFTALMOLOGÍA</b>		
<b>AGENTES ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS</b>		
<i>diclofenac sodium ophthalmic (eye)</i>	1	MO
<i>flurbiprofen sodium</i>	1	MO
<i>ketorolac ophthalmic (eye)</i>	1	MO
<b>AGENTES SIMPATICOMIMÉTICOS</b>		
<i>apraclonidine</i>	1	MO
<i>brimonidine ophthalmic (eye) drops 0.1 %, 0.15 %</i>	1	MO
<i>brimonidine ophthalmic (eye) drops 0.2 %</i>	1	MO
<b>ANTIBIÓTICOS</b>		
<i>bacitracin ophthalmic (eye)</i>	1	MO
<i>bacitracin-polymyxin b</i>	1	MO
<i>ciprofloxacin hcl ophthalmic (eye)</i>	1	MO
<i>erythromycin ophthalmic (eye)</i>	1	MO; QL (3.5 por 14 días)
<i>gentamicin ophthalmic (eye) drops</i>	1	MO; QL (70 por 30 días)

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez el 10/02/2024.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>levofloxacin ophthalmic (eye)</i>	1	
<i>moxifloxacin ophthalmic (eye) drops</i>	1	MO
<i>moxifloxacin ophthalmic (eye) drops, viscous</i>	1	
<i>neomycin-bacitracin-polymyxin</i>	1	MO
<i>neomycin-polymyxin-gramicidin</i>	1	MO
<i>neo-polycin</i>	1	
<i>ofloxacin ophthalmic (eye)</i>	1	MO
<i>polycin</i>	1	
<i>polymyxin b sulf-trimethoprim</i>	1	MO
<i>tobramycin ophthalmic (eye)</i>	1	MO; QL (10 por 14 días)
<b>ANTIVÍRICOS</b>		
<i>trifluridine</i>	1	MO
ZIRGAN	1	MO
<b>BETABLOQUEANTES</b>		
<i>betaxolol ophthalmic (eye)</i>	1	MO
<i>carteolol</i>	1	MO
<i>levobunolol ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i>	1	MO
<i>timolol maleate ophthalmic (eye) drops</i>	1	MO

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>timolol maleate ophthalmic (eye) gel forming solution</i>	1	MO
<b>COMBINACIONES DE ESTEROIDES-ANTIBIÓTICOS</b>		
<i>neomycin-bacitracin-poly-hc</i>	1	MO
<i>neomycin-polymyxin b-dexameth</i>	1	MO
<i>neomycin-polymyxin-hc ophthalmic (eye)</i>	1	MO
<i>neo-polycin hc</i>	1	
<i>tobramycin-dexamethasone</i>	1	MO; QL (10 por 14 días)
<b>ESTEROIDES</b>		
<i>dexamethasone sodium phosphate ophthalmic (eye)</i>	1	MO
<i>fluorometholone</i>	1	MO
<i>loteprednol etabonate</i>	1	MO
OZURDEX	1	MO; NDS
<i>prednisolone acetate</i>	1	MO
<i>prednisolone sodium phosphate ophthalmic (eye)</i>	1	MO
<b>MEDICAMENTOS ORALES PARA EL GLAUCOMA</b>		
<i>acetazolamide</i>	1	MO
<i>acetazolamide sodium</i>	1	MO
<i>methazolamide</i>	1	MO

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez el 10/02/2024.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<b>OTROS MEDICAMENTOS PARA EL GLAUCOMA</b>		
<i>dorzolamide</i>	1	
<i>dorzolamide-timolol</i>	1	MO
<i>latanoprost</i>	1	MO
<i>miostat</i>	1	
<i>travoprost</i>	1	MO
<b>PRODUCTOS OFTALMOLÓGICOS VARIOS</b>		
<i>atropine ophthalmic (eye) drops 1 %</i>	1	MO
<i>azelastine ophthalmic (eye)</i>	1	MO
<i>bss</i>	1	
CIMERLI	1	PA; MO; NDS
<i>cromolyn ophthalmic (eye)</i>	1	MO
<i>cyclosporine ophthalmic (eye)</i>	1	MO; QL (60 por 30 días)
CYSTARAN	1	PA; NDS
<i>epinastine</i>	1	MO
EYLEA	1	PA; MO; NDS
OXERVATE	1	PA; MO; NDS
<i>pilocarpine hcl ophthalmic (eye) drops 1 %, 2 %, 4 %</i>	1	MO
<i>sulfacetamide sodium ophthalmic (eye) drops</i>	1	MO
<i>sulfacetamide sodium ophthalmic (eye) ointment</i>	1	
<i>sulfacetamide-prednisolone</i>	1	MO

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
XDEMVY	1	PA; QL (10 por 42 días); NDS
XIIDRA	1	MO; QL (60 por 30 días)

## PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO/AGENTES VARIOS

### AGENTES PARA DEJAR DE FUMAR

<i>bupropion hcl (smoking deter)</i>	1	MO
NICOTROL	1	
NICOTROL NS	1	MO
<i>varenicline oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	1	MO
<i>varenicline oral tablet 1 mg (56 pack)</i>	1	
<i>varenicline oral tablets, dose pack</i>	1	MO

### AGENTES VARIOS

<i>acamprosate</i>	1	MO
<i>acetic acid irrigation</i>	1	MO
<i>anagrelide</i>	1	MO
<i>caffeine citrate intravenous</i>	1	
<i>caffeine citrate oral</i>	1	MO
<i>carglumic acid</i>	1	PA; MO; NDS
CHEMET	1	PA
CLINIMIX 4.25%/D5W SULFIT FREE	1	B/D PA

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez el 10/02/2024.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>d10 %-0.45 % sodium chloride</i>	1	
<i>d2.5 %-0.45 % sodium chloride</i>	1	
<i>d5 % and 0.9 % sodium chloride</i>	1	MO
<i>d5 %-0.45 % sodium chloride</i>	1	MO
<i>deferasirox oral tablet 180 mg, 360 mg</i>	1	PA; MO; NDS
<i>deferasirox oral tablet 90 mg</i>	1	PA; MO
<i>deferiprone</i>	1	PA; MO; NDS
<i>deferoxamine</i>	1	B/D PA; MO
<i>dextrose 10 % and 0.2 % nacl</i>	1	
<i>dextrose 10 % in water (d10w)</i>	1	
<i>dextrose 25 % in water (d25w)</i>	1	
<i>dextrose 5 % in water (d5w)</i>	1	MO
<i>dextrose 5 %-lactated ringers</i>	1	MO
<i>dextrose 5%-0.2 % sod chloride</i>	1	
<i>dextrose 5%-0.3 % sod.chloride</i>	1	
<i>dextrose 50 % in water (d50w)</i>	1	
<i>dextrose 70 % in water (d70w)</i>	1	
<i>disulfiram oral tablet 250 mg</i>	1	MO

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>disulfiram oral tablet 500 mg</i>	1	
<i>droxidopa</i>	1	PA; MO; NDS
<i>glutamine (sickle cell)</i>	1	PA; MO; NDS
INCRELEX	1	MO; LA; NDS
<i>kionex (with sorbitol)</i>	1	
<i>levocarnitine (with sugar)</i>	1	MO
<i>levocarnitine oral solution 100 mg/ml</i>	1	MO
<i>levocarnitine oral tablet</i>	1	MO
LOKELMA	1	MO
<i>midodrine</i>	1	MO
<i>nitisinone</i>	1	PA; MO; NDS
<i>pilocarpine hcl oral</i>	1	MO
PROLASTIN-C INTRAVENOUS SOLUTION	1	PA; MO; LA; NDS
REZDIFFRA	1	PA; MO; QL (30 por 30 días); NDS
<i>riluzole</i>	1	PA; MO
<i>sodium benzoate-sod phenylacet</i>	1	NDS
<i>sodium chloride 0.9 % intravenous</i>	1	MO
<i>sodium chloride irrigation</i>	1	MO
<i>sodium phenylbutyrate oral powder</i>	1	PA; MO; NDS

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez el 10/02/2024.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>sodium phenylbutyrate oral tablet</i>	1	PA; NDS
<i>sodium polystyrene sulfonate oral powder</i>	1	MO
<i>sps (with sorbitol) oral</i>	1	MO
<i>sps (with sorbitol) rectal</i>	1	
<i>trientine oral capsule 250 mg</i>	1	PA; MO; NDS
<i>water for irrigation, sterile</i>	1	MO
XIAFLEX	1	PA; NDS
<i>zoledronic acid-mannitol-water intravenous piggyback 5 mg/100 ml</i>	1	PA; MO
<b>ANTÍDOTOS</b>		
<i>acetylcysteine intravenous</i>	1	
<b>SOLUCIONES DE IRRIGACIÓN</b>		
<i>lactated ringers irrigation</i>	1	
<i>neomycin-polymyxin b gu</i>	1	
<i>ringer's irrigation</i>	1	MO
<b>PRODUCTOS DERMATOLÓGICOS/TRATAMIENTO TÓPICO</b>		
<b>ANTIBACTERIANOS TÓPICOS</b>		
<i>gentamicin topical cream</i>	1	MO; QL (60 por 30 días)

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>gentamicin topical ointment</i>	1	MO; QL (60 por 30 días)
<i>mupirocin</i>	1	MO; QL (44 por 30 días)
<i>sulfacetamide sodium (acne)</i>	1	MO
<b>ANTIMICÓTICOS TÓPICOS</b>		
<i>ciclodan topical solution</i>	1	MO; QL (6.6 por 28 días)
<i>ciclopirox topical cream</i>	1	MO; QL (90 por 28 días)
<i>ciclopirox topical gel</i>	1	MO; QL (100 por 28 días)
<i>ciclopirox topical shampoo</i>	1	MO; QL (120 por 28 días)
<i>ciclopirox topical solution</i>	1	MO; QL (6.6 por 28 días)
<i>ciclopirox topical suspension</i>	1	MO; QL (60 por 28 días)
<i>clotrimazole topical cream</i>	1	MO; QL (45 por 28 días)
<i>clotrimazole topical solution</i>	1	MO; QL (30 por 28 días)
<i>clotrimazole-betamethasone topical cream</i>	1	MO; QL (45 por 28 días)
<i>clotrimazole-betamethasone topical lotion</i>	1	MO; QL (60 por 28 días)
<i>econazole</i>	1	MO; QL (85 por 28 días)
<i>ketoconazole topical cream</i>	1	MO; QL (60 por 28 días)
<i>ketoconazole topical shampoo</i>	1	MO; QL (120 por 28 días)

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez el 10/02/2024.



Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>klayesta</i>	1	MO; QL (180 por 30 días)
<i>naftifine topical gel 2 %</i>	1	MO; QL (60 por 28 días)
<i>nyamyc</i>	1	MO; QL (180 por 30 días)
<i>nystatin topical cream</i>	1	MO; QL (30 por 28 días)
<i>nystatin topical ointment</i>	1	MO; QL (30 por 28 días)
<i>nystatin topical powder</i>	1	MO; QL (180 por 30 días)
<i>nystatin-triamcinolone</i>	1	MO; QL (60 por 28 días)
<i>nystop</i>	1	MO; QL (180 por 30 días)

**ANTIPSORIÁSICOS/ANTISEBORREICOS**

<i>acitretin</i>	1	MO
<i>calcipotriene scalp</i>	1	MO; QL (120 por 30 días)
<i>calcipotriene topical cream</i>	1	MO; QL (120 por 30 días)
<i>calcipotriene topical ointment</i>	1	MO; QL (120 por 30 días)
COSENTYX (2 SYRINGES)	1	PA; MO; QL (10 por 28 días); NDS
COSENTYX INTRAVENOUS	1	PA; QL (20 por 28 días); NDS
COSENTYX PEN	1	PA; MO; QL (5 por 28 días); NDS

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
COSENTYX PEN (2 PENS)	1	PA; MO; QL (10 por 28 días); NDS
COSENTYX SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML	1	PA; MO; QL (5 por 28 días); NDS
COSENTYX SUBCUTANEOUS SYRINGE 75 MG/0.5 ML	1	PA; MO; QL (2.5 por 28 días); NDS
COSENTYX UNOREADY PEN	1	PA; MO; QL (10 por 28 días); NDS
<i>selenium sulfide topical lotion</i>	1	MO
SKYRIZI SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	1	PA; MO; QL (2 por 28 días); NDS
SKYRIZI SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML	1	PA; MO; QL (2 por 28 días); NDS
SOTYKTU	1	PA; MO; QL (30 por 30 días); NDS
STELARA INTRAVENOUS	1	PA; MO; QL (104 por 180 días); NDS
STELARA SUBCUTANEOUS SOLUTION	1	PA; MO; QL (0.5 por 28 días); NDS
STELARA SUBCUTANEOUS SYRINGE 45 MG/0.5 ML	1	PA; MO; QL (0.5 por 28 días); NDS

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez el 10/02/2024.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
STELARA SUBCUTANEOUS SYRINGE 90 MG/ML	1	PA; MO; QL (1 por 28 días); NDS
TREMFYA SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR	1	PA; MO; QL (2 por 28 días); NDS
TREMFYA SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/ML	1	PA; MO; QL (2 por 28 días); NDS

### ANTIVIRALES TÓPICOS

<i>acyclovir topical ointment</i>	1	PA; MO; QL (30 por 30 días)
<i>penciclovir</i>	1	MO; QL (5 por 30 días)

### CORTICOESTEROIDES TÓPICOS

<i>ala-cort topical cream 1 %</i>	1	MO
<i>ala-cort topical cream 2.5 %</i>	1	
<i>alclometasone</i>	1	MO
<i>betamethasone dipropionate</i>	1	MO
<i>betamethasone valerate topical cream</i>	1	MO
<i>betamethasone valerate topical lotion</i>	1	MO
<i>betamethasone valerate topical ointment</i>	1	MO

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>betamethasone, augmented topical cream</i>	1	MO
<i>betamethasone, augmented topical gel</i>	1	MO
<i>betamethasone, augmented topical lotion</i>	1	MO
<i>betamethasone, augmented topical ointment</i>	1	MO
<i>clobetasol scalp</i>	1	MO; QL (100 por 28 días)
<i>clobetasol topical cream</i>	1	MO; QL (120 por 28 días)
<i>clobetasol topical foam</i>	1	MO; QL (100 por 28 días)
<i>clobetasol topical gel</i>	1	MO; QL (120 por 28 días)
<i>clobetasol topical lotion</i>	1	MO; QL (118 por 28 días)
<i>clobetasol topical ointment</i>	1	MO; QL (120 por 28 días)
<i>clobetasol topical shampoo</i>	1	MO; QL (236 por 28 días)
<i>clobetasol-emollient topical cream</i>	1	MO; QL (120 por 28 días)
<i>desonide topical cream</i>	1	MO
<i>desonide topical ointment</i>	1	MO
<i>fluocinolone</i>	1	MO
<i>fluocinolone and shower cap</i>	1	MO

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez el 10/02/2024.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>fluocinonide topical cream 0.05 %</i>	1	MO; QL (120 por 30 días)
<i>fluocinonide topical gel</i>	1	MO; QL (120 por 30 días)
<i>fluocinonide topical ointment</i>	1	MO; QL (120 por 30 días)
<i>fluocinonide topical solution</i>	1	MO; QL (120 por 30 días)
<i>fluocinonide-emollient</i>	1	MO; QL (120 por 30 días)
<i>halobetasol propionate topical cream</i>	1	MO
<i>halobetasol propionate topical ointment</i>	1	MO
<i>hydrocortisone topical cream 1 %, 2.5 %</i>	1	MO
<i>hydrocortisone topical lotion 2.5 %</i>	1	MO
<i>hydrocortisone topical ointment 1 %, 2.5 %</i>	1	MO
<i>mometasone topical</i>	1	MO
<i>prednicarbate topical ointment</i>	1	
<i>triamcinolone acetonide topical cream</i>	1	MO
<i>triamcinolone acetonide topical lotion</i>	1	MO
<i>triamcinolone acetonide topical ointment 0.025 %, 0.1 %, 0.5 %</i>	1	MO

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>triderm topical cream</i>	1	
<b>ESCABICIDAS/PEDICULICIDAS TÓPICOS</b>		
<i>malathion</i>	1	MO
<i>permethrin</i>	1	MO; QL (60 por 30 días)
<b>PRODUCTOS DERMATOLÓGICOS VARIOS</b>		
<i>ammonium lactate</i>	1	MO
<i>chloroprocaine (pf)</i>	1	
<i>dermacinrx lidocan</i>	1	PA; QL (90 por 30 días)
DUPIXENT SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 200 MG/1.14 ML	1	PA; MO; QL (4.56 por 28 días); NDS
DUPIXENT SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 300 MG/2 ML	1	PA; MO; QL (8 por 28 días); NDS
DUPIXENT SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/0.67 ML	1	PA; QL (1.34 por 28 días); NDS
DUPIXENT SUBCUTANEOUS SYRINGE 200 MG/1.14 ML	1	PA; MO; QL (4.56 por 28 días); NDS
DUPIXENT SUBCUTANEOUS SYRINGE 300 MG/2 ML	1	PA; MO; QL (8 por 28 días); NDS
<i>fluorouracil topical cream 5 %</i>	1	MO

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez el 10/02/2024.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>fluorouracil topical solution</i>	1	MO
<i>glydo</i>	1	MO; QL (60 por 30 días)
<i>imiquimod topical cream in packet 5 %</i>	1	MO
<i>lidocaine (pf) injection solution</i>	1	
<i>lidocaine hcl injection solution</i>	1	
<i>lidocaine hcl laryngotracheal</i>	1	
<i>lidocaine hcl mucous membrane jelly in applicator</i>	1	MO; QL (60 por 30 días)
<i>lidocaine hcl mucous membrane solution 2 %</i>	1	MO
<i>lidocaine hcl mucous membrane solution 4 % (40 mg/ml)</i>	1	MO
<i>lidocaine topical adhesive patch, medicated 5 %</i>	1	PA; MO; QL (90 por 30 días)
<i>lidocaine topical ointment</i>	1	MO; QL (36 por 30 días)
<i>lidocaine viscous</i>	1	
<i>lidocaine-epinephrine</i>	1	
<i>lidocaine-epinephrine (pf) injection solution 1.5 %-1:200,000, 2 %-1:200,000</i>	1	
<i>lidocaine-prilocaine topical cream</i>	1	MO; QL (30 por 30 días)

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>lidocan iii</i>	1	PA; QL (90 por 30 días)
<i>lidocan iv</i>	1	PA; QL (90 por 30 días)
<i>lidocan v</i>	1	PA; QL (90 por 30 días)
<i>methoxsalen</i>	1	MO; NDS
PANRETIN	1	PA; MO; NDS
<i>pimecrolimus</i>	1	PA; MO; QL (100 por 30 días)
<i>podofilox topical solution</i>	1	MO
<i>polocaine injection solution 1 % (10 mg/ml)</i>	1	
<i>polocaine-mpf</i>	1	
REGRANEX	1	QL (15 por 30 días); NDS
SANTYL	1	MO; QL (180 por 30 días)
<i>silver sulfadiazine</i>	1	MO
<i>ssd</i>	1	MO
<i>tacrolimus topical</i>	1	PA; MO; QL (100 por 30 días)
<i>tridacaine ii</i>	1	PA; QL (90 por 30 días)
<i>tridacaine iii</i>	1	PA; QL (90 por 30 días)
VALCHLOR	1	PA; MO; NDS
<b>TRATAMIENTO DEL ACNÉ</b>		
<i>acutane</i>	1	
<i>amnesteem</i>	1	

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez el 10/02/2024.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>claravis</i>	1	
<i>clindamycin phosphate topical gel</i>	1	MO; QL (120 por 30 días)
<i>clindamycin phosphate topical gel, once daily</i>	1	MO; QL (150 por 30 días)
<i>clindamycin phosphate topical lotion</i>	1	MO; QL (120 por 30 días)
<i>clindamycin phosphate topical solution</i>	1	MO; QL (120 por 30 días)
<i>ery pads</i>	1	MO
<i>erythromycin with ethanol topical solution</i>	1	MO
<i>isotretinoin oral capsule 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i>	1	
<i>metronidazole topical</i>	1	MO
<i>tazarotene topical cream 0.05 %</i>	1	PA
<i>tazarotene topical cream 0.1 %</i>	1	PA; MO
<i>tazarotene topical gel</i>	1	PA; MO
<i>tretinoin topical cream 0.025 %, 0.05 %, 0.1 %</i>	1	PA; MO
<i>tretinoin topical gel 0.01 %, 0.025 %, 0.05 %</i>	1	PA; MO
<i>zenatane</i>	1	

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<b>SISTEMA ENDOCRINO/DIABETES</b>		
<b>AGENTES ANTITIROIDEOS</b>		
<i>methimazole oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	MO
<i>propylthiouracil</i>	1	MO
<b>HORMONAS SUPRARRENALES</b>		
<i>cortisone</i>	1	
<i>dexamethasone intensol</i>	1	MO
<i>dexamethasone oral elixir</i>	1	MO
<i>dexamethasone oral solution</i>	1	MO
<i>dexamethasone oral tablet</i>	1	MO
<i>dexamethasone sodium phos (pf) injection solution 10 mg/ml</i>	1	MO
<i>dexamethasone sodium phosphate injection</i>	1	MO
<i>fludrocortisone</i>	1	MO
<i>hydrocortisone oral</i>	1	MO
<i>methylprednisolone acetate</i>	1	MO
<i>methylprednisolone oral tablet</i>	1	B/D PA; MO
<i>methylprednisolone oral tablets,dose pack</i>	1	MO

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez el 10/02/2024.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>methylprednisolone sodium succ injection recon soln 125 mg, 40 mg</i>	1	MO
<i>methylprednisolone sodium succ intravenous</i>	1	MO
<i>prednisolone oral solution</i>	1	MO
<i>prednisolone sodium phosphate oral solution 15 mg/5 ml (3 mg/ml), 25 mg/5 ml (5 mg/ml), 5 mg base/5 ml (6.7 mg/5 ml)</i>	1	MO
<i>prednisolone sodium phosphate oral solution 15 mg/5 ml (5 ml)</i>	1	
<i>prednisone intensol</i>	1	MO
<i>prednisone oral solution</i>	1	MO
<i>prednisone oral tablet</i>	1	MO
<i>prednisone oral tablets,dose pack 10 mg (48 pack), 5 mg (48 pack)</i>	1	
<i>prednisone oral tablets,dose pack 10 mg, 5 mg</i>	1	MO
<i>triamcinolone acetone injection suspension 40 mg/ml</i>	1	MO
<b>HORMONAS TIROIDEAS</b>		
<i>euthyrox</i>	1	MO

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>levo-t</i>	1	
<i>levothyroxine intravenous recon soln</i>	1	
<i>levothyroxine oral tablet</i>	1	
<i>levoxyl oral tablet 100 mcg, 112 mcg, 125 mcg, 137 mcg, 150 mcg, 175 mcg, 200 mcg, 25 mcg, 50 mcg, 75 mcg, 88 mcg</i>	1	MO
<i>liothyronine</i>	1	MO
<i>unithroid</i>	1	MO
<b>HORMONAS VARIAS</b>		
<i>ALDURAZYME</i>	1	PA; MO; NDS
<i>cabergoline</i>	1	MO
<i>calcitonin (salmon) injection</i>	1	MO; NDS
<i>calcitonin (salmon) nasal</i>	1	MO
<i>calcitriol intravenous solution 1 mcg/ml</i>	1	
<i>calcitriol oral capsule</i>	1	MO
<i>calcitriol oral solution</i>	1	
<i>cinacalcet oral tablet 30 mg, 60 mg</i>	1	PA; MO
<i>cinacalcet oral tablet 90 mg</i>	1	PA; MO
<i>clomid</i>	1	PA; MO
<i>CRYSVITA</i>	1	PA; MO; LA; NDS

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez el 10/02/2024.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>danazol</i>	1	MO
<i>desmopressin injection</i>	1	MO
<i>desmopressin nasal spray with pump</i>	1	MO
<i>desmopressin nasal spray, non-aerosol 10 mcg/spray (0.1 ml)</i>	1	
<i>desmopressin oral</i>	1	MO
<i>doxercalciferol intravenous</i>	1	MO
<i>doxercalciferol oral</i>	1	MO
ELAPRASE	1	PA; MO; NDS
FABRAZYME	1	PA; MO; NDS
KANUMA	1	PA; MO; NDS
LUMIZYME	1	PA; MO; NDS
MEPSEVII	1	PA; MO; NDS
<i>mifepristone oral tablet 300 mg</i>	1	PA; MO; NDS
NAGLAZYME	1	PA; MO; LA; NDS
<i>pamidronate intravenous solution</i>	1	MO
<i>paricalcitol intravenous</i>	1	
<i>paricalcitol oral</i>	1	MO
<i>sapropterin</i>	1	PA; MO; NDS
SOMAVERT	1	PA; MO; NDS
<i>testosterone cypionate intramuscular oil 100 mg/ml, 200 mg/ml</i>	1	PA; MO

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>testosterone cypionate intramuscular oil 200 mg/ml (1 ml)</i>	1	PA
<i>testosterone enanthate</i>	1	PA; MO
<i>testosterone transdermal gel</i>	1	PA; MO; QL (300 por 30 días)
<i>testosterone transdermal gel in metered-dose pump 12.5 mg/ 1.25 gram (1 %)</i>	1	PA; MO; QL (300 por 30 días)
<i>testosterone transdermal gel in metered-dose pump 20.25 mg/1.25 gram (1.62 %)</i>	1	PA; MO; QL (150 por 30 días)
<i>testosterone transdermal gel in packet 1 % (25 mg/2.5gram), 1 % (50 mg/5 gram)</i>	1	PA; MO; QL (300 por 30 días)
<i>testosterone transdermal gel in packet 1.62 % (20.25 mg/1.25 gram)</i>	1	PA; QL (37.5 por 30 días)
<i>testosterone transdermal gel in packet 1.62 % (40.5 mg/2.5 gram)</i>	1	PA; MO; QL (150 por 30 días)
<i>testosterone transdermal solution in metered pump w/app</i>	1	PA; MO; QL (180 por 30 días)
<i>tolvaptan</i>	1	PA; MO; NDS

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez el 10/02/2024.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
VIMIZIM	1	PA; MO; LA; NDS
<i>zoledronic acid intravenous solution</i>	1	B/D PA; MO
<i>zoledronic acid-mannitol-water intravenous piggyback 4 mg/100 ml</i>	1	B/D PA; MO
<b>TRATAMIENTO DE LA DIABETES</b>		
<i>acarbose oral tablet 100 mg</i>	1	MO; QL (90 por 30 días)
<i>acarbose oral tablet 25 mg</i>	1	MO; QL (360 por 30 días)
<i>acarbose oral tablet 50 mg</i>	1	MO; QL (180 por 30 días)
<i>alcohol pads</i>	1	PA; MO
BYETTA SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 10 MCG/DOSE(250 MCG/ML) 2.4 ML	1	PA; MO; QL (2.4 por 30 días)
BYETTA SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 5 MCG/DOSE (250 MCG/ML) 1.2 ML	1	PA; MO; QL (1.2 por 30 días)
<i>diazoxide</i>	1	MO
DROPSAFE ALCOHOL PREP PADS	1	PA
FARXIGA ORAL TABLET 10 MG	1	MO; QL (30 por 30 días)
FARXIGA ORAL TABLET 5 MG	1	MO; QL (60 por 30 días)

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>glimepiride oral tablet 1 mg</i>	1	MO; QL (240 por 30 días)
<i>glimepiride oral tablet 2 mg</i>	1	MO; QL (120 por 30 días)
<i>glimepiride oral tablet 4 mg</i>	1	MO; QL (60 por 30 días)
<i>glipizide oral tablet 10 mg</i>	1	MO; QL (120 por 30 días)
<i>glipizide oral tablet 5 mg</i>	1	MO; QL (240 por 30 días)
<i>glipizide oral tablet extended release 24hr 10 mg</i>	1	MO; QL (60 por 30 días)
<i>glipizide oral tablet extended release 24hr 2.5 mg</i>	1	MO; QL (240 por 30 días)
<i>glipizide oral tablet extended release 24hr 5 mg</i>	1	MO; QL (120 por 30 días)
<i>glipizide-metformin oral tablet 2.5-250 mg</i>	1	MO; QL (240 por 30 días)
<i>glipizide-metformin oral tablet 2.5-500 mg, 5-500 mg</i>	1	MO; QL (120 por 30 días)
GVOKE	1	MO
GVOKE HYPOPEN 1-PACK SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 0.5 MG/0.1 ML	1	
GVOKE HYPOPEN 1-PACK SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 1 MG/0.2 ML	1	MO

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez el 10/02/2024.



Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
GVOKE HYPOPEN 2-PACK	1	MO
GVOKE PFS 1-PACK SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 1 MG/0.2 ML	1	MO
GVOKE PFS 2-PACK SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 1 MG/0.2 ML	1	MO
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN U-100	1	MO
HUMALOG KWIKPEN INSULIN	1	MO
HUMALOG MIX 50-50 KWIKPEN	1	MO
HUMALOG MIX 75-25 KWIKPEN	1	MO
HUMALOG MIX 75-25(U-100)INSULN	1	MO
HUMALOG U-100 INSULIN	1	MO
HUMULIN 70/30 U-100 INSULIN	1	MO
HUMULIN 70/30 U-100 KWIKPEN	1	MO
HUMULIN N NPH INSULIN KWIKPEN	1	MO
HUMULIN N NPH U-100 INSULIN	1	MO

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
HUMULIN R REGULAR U-100 INSULN	1	MO
HUMULIN R U-500 (CONC) INSULIN	1	MO
HUMULIN R U-500 (CONC) KWIKPEN	1	MO
INSULIN LISPRO SUBCUTANEOUS SOLUTION	1	MO
JANUMET	1	MO; QL (60 por 30 días)
JANUMET XR ORAL TABLET, ER MULTIPHASE 24 HR 100-1,000 MG	1	MO; QL (30 por 30 días)
JANUMET XR ORAL TABLET, ER MULTIPHASE 24 HR 50-1,000 MG, 50-500 MG	1	MO; QL (60 por 30 días)
JANUVIA	1	MO; QL (30 por 30 días)
JARDIANCE	1	MO; QL (30 por 30 días)
LANTUS SOLOSTAR U-100 INSULIN	1	MO
LANTUS U-100 INSULIN	1	MO
LYUMJEV KWIKPEN U-100 INSULIN	1	MO
LYUMJEV KWIKPEN U-200 INSULIN	1	MO

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez el 10/02/2024.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
LYUMJEV U-100 INSULIN	1	MO
<i>metformin oral tablet 1,000 mg</i>	1	MO; QL (75 por 30 días)
<i>metformin oral tablet 500 mg</i>	1	MO; QL (150 por 30 días)
<i>metformin oral tablet 850 mg</i>	1	MO; QL (90 por 30 días)
<i>metformin oral tablet extended release 24 hr 500 mg</i>	1	MO; QL (120 por 30 días)
<i>metformin oral tablet extended release 24 hr 750 mg</i>	1	MO; QL (60 por 30 días)
MOUNJARO	1	PA; MO; QL (2 por 28 días)
<i>nateglinide oral tablet 120 mg</i>	1	MO; QL (90 por 30 días)
<i>nateglinide oral tablet 60 mg</i>	1	MO; QL (180 por 30 días)
OZEMPIC SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 0.25 MG OR 0.5 MG (2 MG/3 ML), 1 MG/DOSE (4 MG/3 ML), 2 MG/DOSE (8 MG/3 ML)	1	PA; MO; QL (3 por 28 días)
<i>pioglitazone</i>	1	MO; QL (30 por 30 días)
<i>repaglinide oral tablet 0.5 mg</i>	1	MO; QL (960 por 30 días)
<i>repaglinide oral tablet 1 mg</i>	1	MO; QL (480 por 30 días)
<i>repaglinide oral tablet 2 mg</i>	1	MO; QL (240 por 30 días)

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>saxagliptin</i>	1	MO; QL (30 por 30 días)
<i>saxagliptin-metformin oral tablet, er multiphase 24 hr 2.5-1,000 mg</i>	1	MO; QL (60 por 30 días)
<i>saxagliptin-metformin oral tablet, er multiphase 24 hr 5-1,000 mg, 5-500 mg</i>	1	MO; QL (30 por 30 días)
SOLQUA 100/33	1	MO; QL (90 por 30 días)
SYNJARDY	1	MO; QL (60 por 30 días)
SYNJARDY XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 10-1,000 MG, 25-1,000 MG	1	MO; QL (30 por 30 días)
SYNJARDY XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 12.5-1,000 MG, 5-1,000 MG	1	MO; QL (60 por 30 días)
TOUJEO MAX U-300 SOLOSTAR	1	MO
TOUJEO SOLOSTAR U-300 INSULIN	1	MO
TRULICITY	1	PA; MO; QL (2 por 28 días)
XIGDUO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 10-1,000 MG, 10-500 MG	1	MO; QL (30 por 30 días)

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez el 10/02/2024.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
XIGDUO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 2.5-1,000 MG, 5-1,000 MG, 5-500 MG	1	MO; QL (60 por 30 días)

## SISTEMA LOCOMOTOR/REUMATOLOGÍA

### OTROS AGENTES REUMATOLÓGICOS

ACTEMRA ACTPEN	1	PA; MO; QL (3.6 por 28 días); NDS
ACTEMRA INTRAVENOUS	1	PA; MO; QL (160 por 28 días); NDS
ACTEMRA SUBCUTANEOUS	1	PA; MO; QL (3.6 por 28 días); NDS
BENLYSTA	1	PA; MO; NDS
CYLTEZO(CF) PEN	1	PA; MO; QL (4 por 28 días); NDS
CYLTEZO(CF) PEN CROHN'S-UC-HS	1	PA; QL (6 por 180 días); NDS
CYLTEZO(CF) PEN PSORIASIS-UV	1	PA; QL (4 por 180 días); NDS
CYLTEZO(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 10 MG/0.2 ML, 20 MG/0.4 ML	1	PA; MO; QL (2 por 28 días); NDS

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
CYLTEZO(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 40 MG/0.4 ML	1	PA; QL (4 por 28 días); NDS
CYLTEZO(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 40 MG/0.8 ML	1	PA; MO; QL (4 por 28 días); NDS
ENBREL MINI	1	PA; MO; QL (8 por 28 días); NDS
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION	1	PA; MO; QL (8 por 28 días); NDS
ENBREL SUBCUTANEOUS SYRINGE	1	PA; MO; QL (8 por 28 días); NDS
ENBREL SURECLICK	1	PA; MO; QL (8 por 28 días); NDS
HUMIRA (PREFERRED NDCS STARTING WITH 00074) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 40 MG/0.8 ML	1	PA; MO; QL (4 por 28 días); NDS
HUMIRA PEN (PREFERRED NDCS STARTING WITH 00074)	1	PA; MO; QL (4 por 28 días); NDS
HUMIRA(CF) (PREFERRED NDCS STARTING WITH 00074) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 10 MG/0.1 ML, 20 MG/0.2 ML	1	PA; MO; QL (2 por 28 días); NDS

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez el 10/02/2024.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
HUMIRA(CF) (PREFERRED NDCS STARTING WITH 00074) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 40 MG/0.4 ML	1	PA; MO; QL (4 por 28 días); NDS
HUMIRA(CF) PEN (PREFERRED NDCS STARTING WITH 00074) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.4 ML	1	PA; MO; QL (4 por 28 días); NDS
HUMIRA(CF) PEN (PREFERRED NDCS STARTING WITH 00074) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 80 MG/0.8 ML	1	PA; MO; QL (2 por 28 días); NDS
HUMIRA(CF) PEN CROHNS-UC-HS (PREFERRED NDCS STARTING WITH 00074)	1	PA; MO; QL (3 por 180 días); NDS
HUMIRA(CF) PEN PEDIATRIC UC (ONLY NDCS STARTING WITH 00074)	1	PA; QL (4 por 180 días); NDS
HUMIRA(CF) PEN PSOR-UV-ADOL HS (PREFERRED NDCS STARTING WITH 00074)	1	PA; MO; QL (3 por 180 días); NDS

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>leflunomide</i>	1	MO; QL (30 por 30 días)
ORENCIA (WITH MALTOSE)	1	PA; MO; QL (12 por 28 días); NDS
ORENCIA CLICKJECT	1	PA; MO; QL (4 por 28 días); NDS
ORENCIA SUBCUTANEOUS SYRINGE 125 MG/ML	1	PA; MO; QL (4 por 28 días); NDS
ORENCIA SUBCUTANEOUS SYRINGE 50 MG/0.4 ML	1	PA; MO; QL (1.6 por 28 días); NDS
ORENCIA SUBCUTANEOUS SYRINGE 87.5 MG/0.7 ML	1	PA; MO; QL (2.8 por 28 días); NDS
OTEZLA ORAL TABLET 20 MG	1	PA; QL (60 por 30 días); NDS
OTEZLA ORAL TABLET 30 MG	1	PA; MO; QL (60 por 30 días); NDS
OTEZLA STARTER ORAL TABLETS,DOSE PACK 10 MG (4)-20 MG (51)	1	PA; QL (55 por 180 días); NDS
OTEZLA STARTER ORAL TABLETS,DOSE PACK 10 MG (4)-20 MG (4)-30 MG (47)	1	PA; MO; QL (55 por 180 días); NDS

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez el 10/02/2024.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>penicillamine oral tablet</i>	1	PA; MO; NDS
RIDAURA	1	MO; NDS
RINVOQ LQ	1	PA; MO; QL (360 por 30 días); NDS
RINVOQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 15 MG, 30 MG	1	PA; MO; QL (30 por 30 días); NDS
RINVOQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 45 MG	1	PA; MO; QL (84 por 180 días); NDS
TYENNE AUTOINJECTOR	1	PA; QL (3.6 por 28 días); NDS
TYENNE INTRAVENOUS	1	PA; QL (160 por 28 días); NDS
TYENNE SUBCUTANEOUS	1	PA; QL (3.6 por 28 días); NDS
XELJANZ ORAL SOLUTION	1	PA; MO; QL (480 por 24 días); NDS
XELJANZ ORAL TABLET	1	PA; MO; QL (60 por 30 días); NDS
XELJANZ XR	1	PA; MO; QL (30 por 30 días); NDS
YUFLYMA(CF) AI CROHN'S-UC-HS	1	PA; QL (3 por 180 días); NDS

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
YUFLYMA(CF) AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR, KIT 40 MG/0.4 ML	1	PA; QL (4 por 28 días); NDS
YUFLYMA(CF) AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR, KIT 80 MG/0.8 ML	1	PA; QL (2 por 28 días); NDS
YUFLYMA(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 20 MG/0.2 ML	1	PA; QL (2 por 28 días); NDS
YUFLYMA(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 40 MG/0.4 ML	1	PA; QL (4 por 28 días); NDS

#### TRATAMIENTO DE LA GOTA

<i>allopurinol oral tablet 100 mg, 300 mg</i>	1	MO
<i>allopurinol sodium</i>	1	
<i>aloprim</i>	1	
<i>colchicine oral tablet</i>	1	MO
<i>febuxostat</i>	1	MO
<i>probenecid</i>	1	MO
<i>probenecid-colchicine</i>	1	MO

#### TRATAMIENTO DE LA OSTEOPOROSIS

<i>alendronate oral tablet 10 mg</i>	1	MO; QL (30 por 30 días)
<i>alendronate oral tablet 35 mg, 70 mg</i>	1	MO; QL (4 por 28 días)

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez el 10/02/2024.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>ibandronate intravenous solution</i>	1	PA
<i>ibandronate intravenous syringe</i>	1	PA; MO
<i>ibandronate oral</i>	1	MO; QL (1 por 30 días)
PROLIA	1	PA; MO; QL (1 por 180 días)
<i>raloxifene</i>	1	MO
TERIPARATIDE SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 20 MCG/DOSE (620MCG/2.48ML)	1	PA; QL (2.48 por 28 días); NDS

## SISTEMA RESPIRATORIO Y ALERGIA

### AGENTES ANTIHISTAMÍNICOS/ANTIALÉRGICOS

<i>adrenalin injection solution 1 mg/ml</i>	1	
<i>adrenalin injection solution 1 mg/ml (1 ml)</i>	1	MO
<i>cetirizine oral solution 1 mg/ml</i>	1	MO
<i>diphenhydramine hcl injection solution 50 mg/ml</i>	1	MO
<i>diphenhydramine hcl injection syringe</i>	1	MO

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>epinephrine injection auto-injector 0.15 mg/0.3 ml, 0.3 mg/0.3 ml (manufactured by mylan specialty)</i>	1	MO; QL (2 por 30 días)
<i>epinephrine injection solution 1 mg/ml</i>	1	
<i>hydroxyzine hcl oral tablet</i>	1	PA; MO
<i>levocetirizine oral solution</i>	1	MO
<i>levocetirizine oral tablet</i>	1	MO; QL (30 por 30 días)
<i>promethazine injection solution</i>	1	MO
<i>promethazine oral</i>	1	PA; MO

### AGENTES PULMONARES

<i>acetylcysteine</i>	1	B/D PA; MO
ADEMPAS	1	PA; MO; LA; QL (90 por 30 días); NDS
<i>albuterol sulfate inhalation hfa aerosol inhaler 90 mcg/actuation</i>	1	MO; QL (17 por 30 días)
<i>albuterol sulfate inhalation hfa aerosol inhaler 90 mcg/actuation package size 6.7 gm</i>	1	QL (13.4 por 30 días)

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez el 10/02/2024.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>albuterol sulfate inhalation solution for nebulization 0.63 mg/3 ml, 1.25 mg/3 ml, 2.5 mg /3 ml (0.083 %), 2.5 mg/0.5 ml</i>	1	B/D PA; MO
<i>albuterol sulfate inhalation solution for nebulization 5 mg/ml</i>	1	B/D PA
<i>albuterol sulfate oral syrup</i>	1	MO
<i>albuterol sulfate oral tablet</i>	1	MO
<i>alyq</i>	1	PA; QL (60 por 30 días); NDS
<i>ambrisentan</i>	1	PA; MO; LA; QL (30 por 30 días); NDS
<i>arformoterol</i>	1	B/D PA; MO; QL (120 por 30 días)
ASMANEX HFA	1	MO; QL (13 por 30 días)
ASMANEX TWISTHALER INHALATION AEROSOL POWDR BREATH ACTIVATED 110 MCG/ ACTUATION (30), 220 MCG/ ACTUATION (30), 220 MCG/ ACTUATION (60)	1	MO; QL (1 por 30 días)

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
ASMANEX TWISTHALER INHALATION AEROSOL POWDR BREATH ACTIVATED 220 MCG/ ACTUATION (120)	1	MO; QL (2 por 30 días)
ASMANEX TWISTHALER INHALATION AEROSOL POWDR BREATH ACTIVATED 220 MCG/ ACTUATION (14)	1	QL (2 por 28 días)
ATROVENT HFA	1	MO; QL (25.8 por 30 días)
<i>bosentan</i>	1	PA; MO; LA; QL (60 por 30 días); NDS
<i>breyana</i>	1	MO; QL (10.3 por 30 días)
BREZTRI AEROSPHERE	1	MO; QL (10.7 por 30 días)
<i>budesonide inhalation suspension for nebulization 0.25 mg/2 ml, 0.5 mg/2 ml</i>	1	B/D PA; MO; QL (120 por 30 días)
<i>budesonide inhalation suspension for nebulization 1 mg/2 ml</i>	1	B/D PA; MO; QL (60 por 30 días)
<i>budesonide-formoterol</i>	1	QL (10.2 por 30 días)
CINRYZE	1	PA; MO; NDS

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez el 10/02/2024.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
COMBIVENT RESPIMAT	1	QL (8 por 30 días)
<i>cromolyn inhalation</i>	1	B/D PA; MO
DULERA	1	MO; QL (13 por 30 días)
<i>flunisolide</i>	1	MO; QL (50 por 30 días)
FLUTICASONE PROPIONATE INHALATION HFA AEROSOL INHALER 110 MCG/ACTUATION	1	ST; MO; QL (12 por 30 días)
FLUTICASONE PROPIONATE INHALATION HFA AEROSOL INHALER 220 MCG/ACTUATION	1	ST; MO; QL (24 por 30 días)
FLUTICASONE PROPIONATE INHALATION HFA AEROSOL INHALER 44 MCG/ACTUATION	1	ST; MO; QL (10.6 por 30 días)
<i>fluticasone propionate nasal</i>	1	MO; QL (16 por 30 días)
<i>fluticasone propionate salmeterol inhalation blister with device</i>	1	MO; QL (60 por 30 días)
<i>formoterol fumarate</i>	1	B/D PA; MO; QL (120 por 30 días)
<i>icatibant</i>	1	PA; MO; NDS
<i>ipratropium bromide inhalation</i>	1	B/D PA; MO

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>ipratropium-albuterol</i>	1	B/D PA; MO
KALYDECO	1	PA; MO; QL (56 por 28 días); NDS
<i>montelukast oral granules in packet</i>	1	MO
<i>montelukast oral tablet</i>	1	MO
<i>montelukast oral tablet, chewable</i>	1	MO
OFEV	1	PA; MO; QL (60 por 30 días); NDS
OPSUMIT	1	PA; MO; LA; QL (30 por 30 días); NDS
OPSYNVI	1	PA; MO; QL (30 por 30 días); NDS
ORKAMBI ORAL GRANULES IN PACKET	1	PA; MO; QL (56 por 28 días); NDS
ORKAMBI ORAL TABLET	1	PA; MO; QL (112 por 28 días); NDS
<i>pirfenidone oral capsule</i>	1	PA; MO; QL (270 por 30 días); NDS
<i>pirfenidone oral tablet 267 mg</i>	1	PA; MO; QL (270 por 30 días); NDS
<i>pirfenidone oral tablet 801 mg</i>	1	PA; MO; QL (90 por 30 días); NDS
PULMOZYME	1	B/D PA; MO; NDS

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez el 10/02/2024.



Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
QVAR REDIHALER INHALATION HFA AEROSOL BREATH ACTIVATED 40 MCG/ACTUATION	1	QL (10.6 por 30 días)
QVAR REDIHALER INHALATION HFA AEROSOL BREATH ACTIVATED 80 MCG/ACTUATION	1	QL (21.2 por 30 días)
<i>roflumilast</i>	1	PA; MO; QL (30 por 30 días)
<i>sajazir</i>	1	PA; MO; NDS
<i>sildenafil (pulmonary arterial hypertension) intravenous solution 10 mg/12.5 ml</i>	1	PA; NDS
<i>sildenafil (pulmonary arterial hypertension) oral tablet 20 mg</i>	1	PA; MO; QL (90 por 30 días)
SPIRIVA RESPIMAT	1	MO; QL (4 por 30 días)
STIOLTO RESPIMAT	1	MO; QL (4 por 30 días)
STRIVERDI RESPIMAT	1	MO; QL (4 por 30 días)
SYMDEKO	1	PA; MO; QL (56 por 28 días); NDS

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>tadalafil (pulmonary arterial hypertension) oral tablet 20 mg</i>	1	PA; QL (60 por 30 días); NDS
<i>terbutaline oral</i>	1	MO
<i>terbutaline subcutaneous</i>	1	MO
<i>theophylline oral elixir</i>	1	MO
<i>theophylline oral solution</i>	1	
<i>theophylline oral tablet extended release 12 hr</i>	1	MO
<i>theophylline oral tablet extended release 24 hr</i>	1	MO
<i>tiotropium bromide</i>	1	QL (90 por 90 días)
TRELEGY ELLIPTA	1	MO; QL (60 por 30 días)
TRIKAFTA ORAL GRANULES IN PACKET, SEQUENTIAL	1	PA; MO; QL (56 por 28 días); NDS
TRIKAFTA ORAL TABLETS, SEQUENTIAL	1	PA; MO; QL (84 por 28 días); NDS
TYVASO	1	B/D PA; MO; QL (81.2 por 28 días); NDS
TYVASO INSTITUTIONAL START KIT	1	B/D PA; QL (11.6 por 180 días); NDS
TYVASO REFILL KIT	1	B/D PA; MO; QL (81.2 por 28 días); NDS

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez el 10/02/2024.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
TYVASO STARTER KIT	1	B/D PA; MO; QL (81.2 por 180 días); NDS
<i>wixela inhub</i>	1	QL (60 por 30 días)
XOLAIR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 150 MG/ML, 300 MG/2 ML	1	PA; MO; LA; QL (8 por 28 días); NDS
XOLAIR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 75 MG/0.5 ML	1	PA; MO; LA; QL (1 por 28 días); NDS
XOLAIR SUBCUTANEOUS RECON SOLN	1	PA; MO; LA; QL (8 por 28 días); NDS
XOLAIR SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML, 300 MG/2 ML	1	PA; MO; LA; QL (8 por 28 días); NDS
XOLAIR SUBCUTANEOUS SYRINGE 75 MG/0.5 ML	1	PA; MO; LA; QL (1 por 28 días); NDS
<i>zafirlukast</i>	1	MO
<b>SUMINISTROS DIVERSOS</b>		
<b>SUMINISTROS DIVERSOS</b>		
BD INSULIN SYRINGE	1	PA; MO

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
BD INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 31 GAUGE X 15/64", 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64"	1	PA; MO
BD PEN NEEDLE	1	PA; MO
BD PEN NEEDLE	1	PA
CEQR SIMPLICITY	1	MO
CEQR SIMPLICITY INSERTER	1	MO
GAUZE PADS 2 X 2	1	PA; MO
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE, 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 28 GAUGE	1	PA; MO
INSULIN SYRINGES (NON-PREFERRED BRANDS) SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	PA; MO
OMNIPOD 5 G6 INTRO KIT (GEN 5)	1	MO; QL (1 por 720 días)

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez el 10/02/2024.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
OMNIPOD 5 G6 PODS (GEN 5)	1	MO
OMNIPOD DASH INTRO KIT (GEN 4)	1	QL (1 por 720 días)
OMNIPOD DASH PODS (GEN 4)	1	MO
OMNIPOD GO PODS	1	
OMNIPOD GO PODS 10 UNITS/DAY	1	
OMNIPOD GO PODS 15 UNITS/DAY	1	
OMNIPOD GO PODS 20 UNITS/DAY	1	
OMNIPOD GO PODS 25 UNITS/DAY	1	
OMNIPOD GO PODS 30 UNITS/DAY	1	
OMNIPOD GO PODS 40 UNITS/DAY	1	
PEN NEEDLES (NON-PREFERRED BRANDS) NEEDLE 29 GAUGE X 1/2"	1	PA; MO
<b>UROLÓGICOS</b>		
<b>AGENTES UROLÓGICOS VARIOS</b>		
<i>bethanechol chloride</i>	1	MO
CYSTAGON	1	PA; LA

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
ELMIRON	1	MO
<i>glycine urologic</i>	1	
<i>glycine urologic solution</i>	1	
K-PHOS NO 2	1	MO
K-PHOS ORIGINAL	1	MO
<i>potassium citrate oral tablet extended release</i>	1	MO
RENACIDIN	1	MO
<i>tadalafil oral tablet 2.5 mg</i>	1	PA; MO; QL (60 por 30 días)
<i>tadalafil oral tablet 5 mg</i>	1	PA; MO; QL (30 por 30 días)
<b>ANTICOLINÉRGICOS/ANTIESPAS MÓDICOS</b>		
<i>mirabegron</i>	1	MO
MYRBETRIQ ORAL SUSPENSION,EXTENDED REL RECON	1	
MYRBETRIQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR	1	MO
<i>oxybutynin chloride oral syrup</i>	1	MO
<i>oxybutynin chloride oral tablet 5 mg</i>	1	MO
<i>oxybutynin chloride oral tablet extended release 24hr</i>	1	MO

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez el 10/02/2024.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
------------------------	----------------------	--------------------

<i>tolterodine</i>	1	MO
--------------------	---	----

<i>tropium oral tablet</i>	1	MO
----------------------------	---	----

**TRATAMIENTO DE LA HIPERPLASIA PROSTÁTICA BENIGNA (BPH)**

<i>alfuzosin</i>	1	MO
------------------	---	----

<i>dutasteride</i>	1	MO
--------------------	---	----

<i>finasteride oral tablet 5 mg</i>	1	MO
-------------------------------------	---	----

<i>tamsulosin</i>	1	MO
-------------------	---	----

**VITAMINAS, HEMATÍNICOS/ELECTROLITOS**

**DERIVADOS DE SANGRE**

<i>albumin, human 25 %</i>	1	
----------------------------	---	--

<i>alburx (human) 25 %</i>	1	
----------------------------	---	--

<i>alburx (human) 5 %</i>	1	
---------------------------	---	--

<i>albutein 25 %</i>	1	
----------------------	---	--

<i>albutein 5 %</i>	1	
---------------------	---	--

**ELECTROLITOS**

<i>calcium chloride</i>	1	
-------------------------	---	--

<i>calcium gluconate intravenous</i>	1	
--------------------------------------	---	--

<i>effer-k oral tablet, effervescent 25 meq</i>	1	MO
---	---	----

<i>klor-con 10</i>	1	MO
--------------------	---	----

<i>klor-con 8</i>	1	MO
-------------------	---	----

<i>klor-con m10</i>	1	MO
---------------------	---	----

<i>klor-con m15</i>	1	MO
---------------------	---	----

<i>klor-con m20</i>	1	MO
---------------------	---	----

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
------------------------	----------------------	--------------------

<i>klor-con oral packet 20</i>	1	MO
--------------------------------	---	----

<i>klor-con/ef</i>	1	MO
--------------------	---	----

<i>lactated ringers intravenous</i>	1	MO
-------------------------------------	---	----

<i>magnesium chloride injection</i>	1	
-------------------------------------	---	--

MAGNESIUM SULFATE IN D5W INTRAVENOUS PIGGYBACK 1 GRAM/100 ML	1	
--	---	--

<i>magnesium sulfate in water</i>	1	
-----------------------------------	---	--

<i>magnesium sulfate injection solution</i>	1	MO
---	---	----

<i>magnesium sulfate injection syringe</i>	1	
--	---	--

<i>potassium acetate</i>	1	
--------------------------	---	--

<i>potassium chloride d5-0.45%nacl</i>	1	
--	---	--

<i>potassium chloride in 0.9%nacl intravenous parenteral solution 20 meq/l, 40 meq/l</i>	1	
--	---	--

<i>potassium chloride in 5 % dex intravenous parenteral solution 10 meq/l, 20 meq/l</i>	1	
---	---	--

<i>potassium chloride in lr-d5 intravenous parenteral solution 20 meq/l</i>	1	
---	---	--

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez el 10/02/2024.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>potassium chloride in water intravenous piggyback 10 meq/100 ml, 10 meq/50 ml, 20 meq/100 ml, 20 meq/50 ml, 40 meq/100 ml</i>	1	
<i>potassium chloride intravenous</i>	1	
<i>potassium chloride oral capsule, extended release</i>	1	MO
<i>potassium chloride oral liquid</i>	1	MO
<i>potassium chloride oral packet</i>	1	
<i>potassium chloride oral tablet extended release 10 meq, 8 meq</i>	1	MO
<i>potassium chloride oral tablet extended release 20 meq</i>	1	
<i>potassium chloride oral tablet, er particles/crystals 10 meq</i>	1	MO
<i>potassium chloride oral tablet, er particles/crystals 15 meq, 20 meq</i>	1	
<i>potassium chloride-0.45 % nacl</i>	1	

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>potassium chloride-d5-0.2%nacl intravenous parenteral solution 20 meq/l</i>	1	
<i>potassium chloride-d5-0.9%nacl</i>	1	
<i>potassium phosphate m-/d-basic intravenous solution 3 mmol/ml</i>	1	
<i>ringer's intravenous</i>	1	
<i>sodium acetate</i>	1	
<i>sodium bicarbonate intravenous</i>	1	
<i>sodium chloride 0.45 % intravenous</i>	1	MO
<i>sodium chloride 3 % hypertonic</i>	1	
<i>sodium chloride 5 % hypertonic</i>	1	MO
<i>sodium chloride intravenous</i>	1	
<i>sodium phosphate</i>	1	MO
<b>PRODUCTOS NUTRICIONALES VARIOS</b>		
CLINIMIX 5%/D15W SULFITE FREE	1	B/D PA
CLINIMIX 4.25%/D10W SULFITE FREE	1	B/D PA
CLINIMIX 5%-D20W(SULFITE-FREE)	1	B/D PA

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez el 10/02/2024.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
CLINIMIX 6%-D5W (SULFITE-FREE)	1	B/D PA
CLINIMIX 8%-D10W(SULFITE-FREE)	1	B/D PA
CLINIMIX 8%-D14W(SULFITE-FREE)	1	B/D PA
<i>electrolyte-148</i>	1	
<i>electrolyte-48 in d5w</i>	1	
<i>electrolyte-a</i>	1	
<i>intralipid intravenous emulsion 20 %</i>	1	B/D PA
ISOLYTE S PH 7.4	1	
ISOLYTE-P IN 5 % DEXTROSE	1	

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
ISOLYTE-S	1	
PLENAMINE	1	B/D PA
<i>premasol 10 %</i>	1	B/D PA
<i>travasol 10 %</i>	1	B/D PA
TROPHAMINE 10 %	1	B/D PA
<b>VITAMINAS/HEMATÍNICOS</b>		
<i>fluoride (sodium) oral tablet</i>	1	MO
<i>fluoride (sodium) oral tablet, chewable 1 mg (2.2 mg sod. fluoride)</i>	1	MO
<i>prenatal vitamin oral tablet</i>	1	MO
<i>wescap-pn dha</i>	1	MO

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez el 10/02/2024.

## Index

<b>A</b>		
<i>abacavir</i> .....	5	
<i>abacavir-lamivudine</i> .....	5	
ABELCET.....	2	
ABILIFY ASIMTUFII.....	46	
ABILIFY MAINTENA.....	46	
<i>abiraterone</i> .....	25	
ABRAXANE.....	25	
ABRYSVO (PF).....	23	
<i>acamprosate</i> .....	61	
<i>acarbose</i> .....	71	
<i>accutane</i> .....	67	
<i>acebutolol</i> .....	14	
<i>acetaminophen-codeine</i> .....	40	
<i>acetazolamide</i> .....	60	
<i>acetazolamide sodium</i> .....	60	
<i>acetic acid</i> .....	56, 61	
<i>acetylcysteine</i> .....	63, 77	
<i>acitretin</i> .....	64	
ACTEMRA.....	74	
ACTEMRA ACTPEN.....	74	
ACTHIB (PF).....	23	
ACTIMMUNE.....	22	
<i>acyclovir</i> .....	5, 65	
<i>acyclovir sodium</i> .....	5	
ADACEL(TDAP ADOLESN/ADULT)(PF)	23	
ADCETRIS.....	26	
<i>adefovir</i> .....	5	
ADEMPAS.....	77	
<i>adenosine</i> .....	11	
<i>adrenalin</i> .....	77	
ADSTILADRIN.....	26	
AKEEGA.....	26	
<i>ala-cort</i> .....	65	
<i>albendazole</i> .....	2	
<i>albumin, human 25 %</i> .....	83	
<i>alburx (human) 25 %</i> .....	83	
<i>alburx (human) 5 %</i> .....	83	
<i>albutein 25 %</i> .....	83	
<i>albutein 5 %</i> .....	83	
<i>albuterol sulfate</i> .....	77, 78	
<i>alclometasone</i> .....	65	
<i>alcohol pads</i> .....	71	
ALDURAZYME.....	69	
ALECENSA.....	26	
<i>alendronate</i> .....	76	
<i>alfuzosin</i> .....	83	
ALIQOPA.....	26	
<i>aliskiren</i> .....	14	
<i>allopurinol</i> .....	76	
<i>allopurinol sodium</i> .....	76	
<i>aloprim</i> .....	76	
<i>alosetron</i> .....	19	
<i>altavera (28)</i> .....	56	
ALUNBRIG.....	26	
<i>alyacen 1/35 (28)</i> .....	56	
<i>alyacen 7/7/7 (28)</i> .....	56	
<i>alyq</i> .....	78	
<i>amantadine hcl</i> .....	5	
<i>ambrisentan</i> .....	78	
<i>amikacin</i> .....	2	
<i>amiloride</i> .....	14	
<i>amiloride-hydrochlorothiazide</i> .....	14	
<i>aminocaproic acid</i> .....	17	
<i>amiodarone</i> .....	11, 12	
<i>amitriptyline</i> .....	46	
<i>amlodipine</i> .....	14	
<i>amlodipine-benazepril</i> .....	14	
<i>amlodipine-olmesartan</i> .....	14	
<i>amlodipine-valsartan</i> .....	14	
<i>amlodipine-valsartan-hcthiazid</i> .....	14	
<i>ammonium lactate</i> .....	66	
<i>amnestem</i> .....	67	
<i>amoxapine</i> .....	46	
<i>amoxicillin</i> .....	9	
<i>amoxicillin-pot clavulanate</i> ...9, 10		
<i>amphotericin b</i> .....	2	
<i>ampicillin</i> .....	10	
<i>ampicillin sodium</i> .....	10	
<i>ampicillin-sulbactam</i> .....	10	
<i>anagrelide</i> .....	61	
<i>anastrozole</i> .....	26	
ANKTIVA.....	26	
<i>apraclonidine</i> .....	59	
<i>aprepitant</i> .....	19	
<i>apri</i> .....	56	
APTIOM.....	42, 43	
APTIVUS.....	5	
<i>aranelle (28)</i> .....	56	
ARCALYST.....	22	
AREXVY (PF).....	23	
<i>arformoterol</i> .....	78	
ARIKAYCE.....	2	
<i>aripiprazole</i> .....	46	
ARISTADA.....	47	
ARISTADA INITIO.....	46	
<i>armodafinil</i> .....	47	
<i>arsenic trioxide</i> .....	26	
<i>asenapine maleate</i> .....	47	
ASMANEX HFA.....	78	
ASMANEX TWISTHALER	78	
ASPARLAS.....	26	
<i>aspirin-dipyridamole</i> .....	17	
<i>atazanavir</i> .....	5	
<i>atenolol</i> .....	14	
<i>atenolol-chlorthalidone</i> .....	14	
<i>atomoxetine</i> .....	47	
<i>atorvastatin</i> .....	13	
<i>atovaquone</i> .....	2	
<i>atovaquone-proguanil</i> .....	3	
<i>atropine</i> .....	21, 61	
ATROVENT HFA.....	78	
<i>aubra eq</i> .....	56	
AUGMENTIN.....	10	
AUGTYRO.....	26	
AUVELITY.....	47	
<i>aviane</i> .....	56	
AVONEX.....	23	
AYVAKIT.....	26	
<i>azacitidine</i> .....	26	
<i>azathioprine</i> .....	26	
<i>azathioprine sodium</i> .....	26	
<i>azelastine</i> .....	55, 61	
<i>azithromycin</i> .....	9	
<i>aztreonam</i> .....	3	

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez el 10/02/2024.

<i>azurette (28)</i> .....	56	<i>breyina</i> .....	78	<i>carbidopa</i> .....	39
<b>B</b>		BREZTRI AEROSPHERE...	78	<i>carbidopa-levodopa</i> .....	39
<i>bacitracin</i> .....	59	BRILINTA .....	17	<i>carbidopa-levodopa-</i>	
<i>bacitracin-polymyxin b</i> .....	59	<i>brimonidine</i> .....	59	<i>entacapone</i> .....	39
<i>baclofen</i> .....	53	BRIUMVI.....	54	<i>carboplatin</i> .....	27
<i>balsalazide</i> .....	19	BRIVIACT .....	43	<i>carglumic acid</i> .....	61
BALVERSA.....	26	<i>bromocriptine</i> .....	39	<i>carmustine</i> .....	27
BARACLUDGE .....	5	BRUKINSA.....	27	<i>carteolol</i> .....	60
BAVENCIO .....	26	<i>bss</i> .....	61	<i>cartia xt</i> .....	14
BCG VACCINE, LIVE (PF) 23		<i>budesonide</i> .....	19, 78	<i>carvedilol</i> .....	14
BD INSULIN SYRINGE ....	81	<i>budesonide-formoterol</i> .....	78	<i>caspofungin</i> .....	2
BD PEN NEEDLE .....	81	<i>bumetanide</i> .....	14	CAYSTON .....	3
BELEODAQ .....	26	<i>buprenorphine hcl</i> .....	40	<i>cefaclor</i> .....	8
BELSOMRA.....	47	<i>buprenorphine-naloxone</i> 41, 42		<i>cefadroxil</i> .....	8
<i>benazepril</i> .....	14	<i>bupropion hcl</i> .....	47	<i>cefazolin</i> .....	8
<i>benazepril-hydrochlorothiazide</i>		<i>bupropion hcl (smoking deter)</i>		<i>cefazolin in dextrose (iso-os)</i> ..	8
.....	14	.....	61	<i>cefdinir</i> .....	8
<i>bendamustine</i> .....	26	<i>buspirone</i> .....	47	<i>cefepime</i> .....	8
BENDEKA.....	26	<i>busulfan</i> .....	27	<i>cefepime in dextrose,iso-osm</i> ..	8
BENLYSTA .....	74	<i>butorphanol</i> .....	42	<i>cefixime</i> .....	8
<i>benztropine</i> .....	39	BYETTA .....	71	<i>cefoxitin</i> .....	8
BESPONSA .....	26	<b>C</b>		<i>cefoxitin in dextrose, iso-osm</i> .	8
BESREMI.....	23	CABENUVA.....	5	<i>cefpodoxime</i> .....	8
<i>betaine</i> .....	19	<i>cabergoline</i> .....	69	<i>cefprozil</i> .....	8
<i>betamethasone dipropionate</i> 65		CABLIVI.....	17	<i>ceftazidime</i> .....	8
<i>betamethasone valerate</i> .....	65	CABOMETYX.....	27	<i>ceftriaxone</i> .....	8
<i>betamethasone, augmented</i> ..	65	<i>caffeine citrate</i> .....	61	<i>ceftriaxone in dextrose,iso-os</i> .	8
BETASERON .....	23	<i>calcipotriene</i> .....	64	<i>cefuroxime axetil</i> .....	8
<i>betaxolol</i> .....	14, 60	<i>calcitonin (salmon)</i> .....	69	<i>cefuroxime sodium</i> .....	8
<i>bethanechol chloride</i> .....	82	<i>calcitriol</i> .....	69	<i>celecoxib</i> .....	42
<i>bexarotene</i> .....	26	<i>calcium chloride</i> .....	83	<i>cephalexin</i> .....	9
BEXSERO.....	23	<i>calcium gluconate</i> .....	83	CEPROTIN (BLUE BAR) ...	17
<i>bicalutamide</i> .....	26	CALQUENCE.....	27	CEPROTIN (GREEN BAR) 17	
BICILLIN L-A .....	10	CALQUENCE		CEQUR SIMPLICITY .....	81
BIKTARVY .....	5	(ACALABRUTINIB MAL)		CEQUR SIMPLICITY	
<i>bisoprolol fumarate</i> .....	14	.....	27	INSERTER .....	81
<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide</i>		<i>camila</i> .....	58	<i>cetirizine</i> .....	77
.....	14	<i>candesartan</i> .....	14	CHEMET.....	61
<i>bleomycin</i> .....	26	<i>candesartan-</i>		<i>chloramphenicol sod succinate</i>	
BLINCYTO.....	26	<i>hydrochlorothiazid</i> .....	14	.....	3
BOOSTRIX TDAP .....	23	CAPLYTA.....	47	<i>chlorhexidine gluconate</i> .....	55
<i>bortezomib</i> .....	26	CAPRELSA.....	27	<i>chloroprocaine (pf)</i> .....	66
BORTEZOMIB.....	26	<i>captopril</i> .....	14	<i>chloroquine phosphate</i> .....	3
<i>bosentan</i> .....	78	<i>captopril-hydrochlorothiazide</i>		<i>chlorothiazide sodium</i> .....	15
BOSULIF .....	26, 27	.....	14	<i>chlorpromazine</i> .....	47
BRAFTOVI.....	27	<i>carbamazepine</i> .....	43	<i>chlorthalidone</i> .....	15

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez el 10/02/2024.



<i>cholestyramine (with sugar)</i> .13	<i>clonazepam</i> .....43	CYLTEZO(CF) PEN
<i>cholestyramine light</i> ..... 13	<i>clonidine (pf)</i> ..... 15, 42	PSORIASIS-UV .....74
<i>ciclodan</i> .....63	<i>clonidine hcl</i> ..... 15, 47	CYRAMZA .....28
<i>ciclopirox</i> .....63	<i>clonidine transdermal patch</i> .15	<i>cyred eq</i> .....56
<i>cidofovir</i> .....5	<i>clopidogrel</i> .....17	CYSTAGON .....82
<i>cilostazol</i> .....17	<i>clorazepate dipotassium</i> .47, 48	CYSTARAN.....61
CIMDUO.....5	<i>clotrimazole</i> .....2, 63	<i>cytarabine</i> .....28
CIMERLI .....61	<i>clotrimazole-betamethasone</i> .63	<i>cytarabine (pf)</i> .....28
<i>cinacalcet</i> .....69	<i>clozapine</i> .....48	<b>D</b>
CINRYZE.....78	COARTEM .....3	<i>d10 %-0.45 % sodium chloride</i>
CINVANTI.....19	<i>colchicine</i> .....76	.....62
<i>ciprofloxacin</i> .....11	<i>colesevelam</i> .....13	<i>d2.5 %-0.45 % sodium</i>
<i>ciprofloxacin hcl</i> ..... 10, 59	<i>colestipol</i> .....13	<i>chloride</i> .....62
<i>ciprofloxacin in 5 % dextrose</i>	<i>colistin (colistimethate na)</i> .....3	<i>d5 % and 0.9 % sodium</i>
.....11	COLUMVI .....27	<i>chloride</i> .....62
<i>ciprofloxacin-dexamethasone</i>	COMBIVENT RESPIMAT .79	<i>d5 %-0.45 % sodium chloride</i>
.....56	COMETRIQ .....27	.....62
<i>cisplatin</i> .....27	COMPLERA .....5	<i>dabigatran etexilate</i> .....17
<i>citapram</i> .....47	<i>compro</i> .....19	<i>dacarbazine</i> .....28
<i>cladribine</i> .....27	<i>constulose</i> .....19	<i>dactinomycin</i> .....28
<i>claravis</i> .....68	COPIKTRA .....27	<i>dalfampridine</i> .....54
<i>clarithromycin</i> .....9	CORTIFOAM .....19	<i>danazol</i> .....70
<i>clindamycin hcl</i> .....3	<i>cortisone</i> .....68	<i>dantrolene</i> .....53
<i>clindamycin in 5 % dextrose</i> ..3	COSENTYX.....64	DANYELZA .....28
<i>clindamycin phosphate</i> ....3, 59,	COSENTYX (2 SYRINGES)	<i>dapsone</i> .....3
68	.....64	DAPTACEL (DTAP
CLINIMIX 5%/D15W	COSENTYX PEN .....64	PEDIATRIC) (PF).....23
SULFITE FREE .....84	COSENTYX PEN (2 PENS)64	<i>daptomycin</i> .....3
CLINIMIX 4.25%/D10W	COSENTYX UNOREADY	DAPTOMYCIN .....3
SULF FREE .....84	PEN .....64	<i>darunavir</i> .....5
CLINIMIX 4.25%/D5W	COTELLIC.....27	DARZALEX.....28
SULFIT FREE.....61	CREON .....19	<i>dasetta 1/35 (28)</i> .....56
CLINIMIX 5%-	CRESEMBA .....2	<i>dasetta 7/7/7 (28)</i> .....56
D20W(SULFITE-FREE) .84	<i>cromolyn</i> ..... 19, 61, 79	<i>daunorubicin</i> .....28
CLINIMIX 6%-D5W	<i>cryselle (28)</i> .....56	DAURISMO.....28
(SULFITE-FREE) .....85	CRYSVITA .....69	<i>deblitane</i> .....58
CLINIMIX 8%-	<i>cyclobenzaprine</i> .....53	<i>decitabine</i> .....28
D10W(SULFITE-FREE) .85	<i>cyclophosphamide</i> .....27	<i>deferasirox</i> .....62
CLINIMIX 8%-	CYCLOPHOSPHAMIDE ....27	<i>deferiprone</i> .....62
D14W(SULFITE-FREE) .85	<i>cyclosporine</i> .....28, 61	<i>deferoxamine</i> .....62
<i>clobazam</i> .....43	<i>cyclosporine modified</i> .....27	DELSTRIGO .....5
<i>clobetasol</i> .....65	CYLTEZO(CF) .....74	DENGVAXIA (PF).....23
<i>clobetasol-emollient</i> .....65	CYLTEZO(CF) PEN.....74	<i>denta 5000 plus</i> .....55
<i>clofarabine</i> .....27	CYLTEZO(CF) PEN	<i>dentagel</i> .....55
<i>clomid</i> .....69	CROHN'S-UC-HS.....74	DEPO-SUBQ PROVERA 104
<i>clomipramine</i> .....47		.....58

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez el 10/02/2024.

<i>dermacinrx lidocan</i> .....	66	DILANTIN 30 MG .....	43	DUPIXENT PEN.....	66
DESCOVY .....	5	<i>diltiazem hcl</i> .....	15	DUPIXENT SYRINGE.....	66
<i>desipramine</i> .....	48	<i>dilt-xr</i> .....	15	<i>dutasteride</i> .....	83
<i>desmopressin</i> .....	70	<i>dimenhydrinate</i> .....	19	<b>E</b>	
<i>desog-e.estradiol/e.estradiol</i>	56	<i>dimethyl fumarate</i> .....	54	<i>econazole</i> .....	63
<i>desogestrel-ethinyl estradiol</i>	56	<i>diphenhydramine hcl</i> .....	77	EDURANT .....	5
<i>desonide</i> .....	65	<i>diphenoxylate-atropine</i> .....	22	<i>efavirenz</i> .....	5
<i>desvenlafaxine succinate</i> .....	48	<i>dipyridamole</i> .....	17	<i>efavirenz-emtricitabin-tenofov</i>	5
<i>dexamethasone</i> .....	68	<i>disulfiram</i> .....	62	<i>efavirenz-lamivu-tenofov disop</i>	5
<i>dexamethasone intensol</i> .....	68	<i>divalproex</i> .....	43	.....	5
<i>dexamethasone sodium phos</i>		<i>dobutamine</i> .....	12	<i>effer-k</i> .....	83
<i>(pf)</i> .....	68	<i>dobutamine in d5w</i> .....	12	ELAPRASE.....	70
<i>dexamethasone sodium</i>		<i>docetaxel</i> .....	28	<i>electrolyte-148</i> .....	85
<i>phosphate</i> .....	60, 68	<i>dofetilide</i> .....	12	<i>electrolyte-48 in d5w</i> .....	85
<i>dexrazoxane hcl</i> .....	25	<i>donepezil</i> .....	54	<i>electrolyte-a</i> .....	85
<i>dextroamphetamine-</i>		<i>dopamine</i> .....	12	ELIGARD.....	28
<i>amphetamine</i> .....	48	<i>dopamine in 5 % dextrose</i> ....	12	ELIGARD (3 MONTH) .....	28
<i>dextrose 10 % and 0.2 % nacl</i>		DOPTELET (10 TAB PACK)		ELIGARD (4 MONTH) .....	28
.....	62	.....	17	ELIGARD (6 MONTH) .....	28
<i>dextrose 10 % in water (d10w)</i>		DOPTELET (15 TAB PACK)		<i>elinest</i> .....	56
.....	62	.....	17	ELIQUIS.....	17
<i>dextrose 25 % in water (d25w)</i>		DOPTELET (30 TAB PACK)		ELIQUIS DVT-PE TREAT	
.....	62	.....	17	30D START.....	17
<i>dextrose 5 % in water (d5w)</i>	62	<i>dorzolamide</i> .....	61	ELITEK .....	25
<i>dextrose 5 %-lactated ringers</i>		<i>dorzolamide-timolol</i> .....	61	ELMIRON.....	82
.....	62	<i>dotti</i> .....	58	ELREXFIO.....	28
<i>dextrose 5%-0.2 % sod</i>		DOVATO .....	5	<i>eluryng</i> .....	59
<i>chloride</i> .....	62	<i>doxazosin</i> .....	15	ELZONRIS.....	28
<i>dextrose 5%-0.3 %</i>		<i>doxepin</i> .....	48	EMGALITY PEN.....	54
<i>sod.chloride</i> .....	62	<i>doxercalciferol</i> .....	70	EMGALITY SYRINGE .....	54
<i>dextrose 50 % in water (d50w)</i>		<i>doxorubicin</i> .....	28	EMPLICITI .....	28
.....	62	<i>doxorubicin, peg-liposomal</i> ..	28	EMSAM .....	48
<i>dextrose 70 % in water (d70w)</i>		<i>doxy-100</i> .....	11	<i>emtricitabine</i> .....	5
.....	62	<i>doxycycline hyclate</i> .....	11	<i>emtricitabine-tenofovir (tdf)</i> ...	5
DIACOMIT.....	43	<i>doxycycline monohydrate</i> .....	11	EMTRIVA.....	5
<i>diazepam</i> .....	43, 48	DRIZALMA SPRINKLE.....	48	EMVERM.....	3
<i>diazepam intensol</i> .....	48	<i>dronabinol</i> .....	19	<i>emzahh</i> .....	58
<i>diazoxide</i> .....	71	<i>droperidol</i> .....	19	<i>enalapril maleate</i> .....	15
<i>diclofenac potassium</i> .....	42	DROPSAFE ALCOHOL		<i>enalaprilat</i> .....	15
<i>diclofenac sodium</i> .....	42, 59	PREP PADS .....	71	<i>enalapril-hydrochlorothiazide</i>	
<i>dicloxacillin</i> .....	10	<i>drosiprenone-ethinyl estradiol</i>		.....	15
<i>dicyclomine</i> .....	21, 22	.....	56	ENBREL.....	74
DIFICID .....	9	DROXIA .....	28	ENBREL MINI .....	74
<i>diflunisal</i> .....	42	<i>droxidopa</i> .....	62	ENBREL SURECLICK .....	74
<i>digoxin</i> .....	12	DULERA.....	79	<i>endocet</i> .....	40
<i>dihydroergotamine</i> .....	53, 54	<i>duloxetine</i> .....	48	ENGERIX-B (PF) .....	23

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez el 10/02/2024.

ENGERIX-B PEDIATRIC	<i>ethynodiol diac-eth estradiol</i> 56	<i>fluconazole in nacl (iso-osm)</i> ..2
(PF).....23	<i>etodolac</i> .....42	<i>flucytosine</i> .....2
<i>enoxaparin</i> ..... 17, 18	<i>etonogestrel-ethinyl estradiol</i>	<i>fludarabine</i> .....29
<i>enpresse</i> .....56	.....59	<i>fludrocortisone</i> .....68
<i>enskyce</i> .....56	ETOPOPHOS.....29	<i>flumazenil</i> .....48
<i>entacapone</i> .....39	<i>etoposide</i> .....29	<i>flunisolide</i> .....79
<i>entecavir</i> .....5	<i>etravirine</i> .....5	<i>fluocinolone</i> .....65
ENTRESTO .....12	<i>euthyrox</i> .....69	<i>fluocinolone acetonide oil</i> ...56
ENTRESTO SPRINKLE ....12	<i>everolimus (antineoplastic)</i> ..29	<i>fluocinolone and shower cap</i> 65
ENTYVIO .....19	<i>everolimus</i>	<i>fluocinonide</i> .....66
<i>enulose</i> .....19	( <i>immunosuppressive</i> ) .....29	<i>fluocinonide-emollient</i> .....66
ENVARUSUS XR .....28	EVOTAZ .....6	<i>fluoride (sodium)</i> .....55, 85
EPIDIOLEX .....43	<i>exemestane</i> .....29	<i>fluorometholone</i> .....60
<i>epinastine</i> .....61	EYLEA.....61	<i>flurouracil</i> .....29, 66, 67
<i>epinephrine</i> .....77	<i>ezetimibe</i> .....13	<i>fluoxetine</i> .....48, 49
<i>epirubicin</i> .....29	<i>ezetimibe-simvastatin</i> .....13	<i>fluphenazine decanoate</i> .....49
<i>epitol</i> .....43	<b>F</b>	<i>fluphenazine hcl</i> .....49
EPKINLY .....29	FABRAZYME .....70	<i>flurbiprofen</i> .....42
<i>eplerenone</i> .....15	<i>falmina (28)</i> .....56	<i>flurbiprofen sodium</i> .....59
EPRONTIA .....43	<i>famciclovir</i> .....6	<i>fluticasone propionate</i> .....79
ERBITUX.....29	<i>famotidine</i> .....22	FLUTICASONE
<i>ergotamine-caffeine</i> .....54	<i>famotidine (pf)</i> .....22	PROPIONATE .....79
<i>eribulin</i> .....29	<i>famotidine (pf)-nacl (iso-os)</i> 22	<i>fluticasone propion-salmeterol</i>
ERIVEDGE.....29	FANAPT .....48	.....79
ERLEADA .....29	FARXIGA .....71	<i>fluvastatin</i> .....13
<i>erlotinib</i> .....29	<i>febuxostat</i> .....76	<i>fluvoxamine</i> .....49
<i>errin</i> .....58	<i>felbamate</i> .....43	<i>fomepizole</i> .....24
<i>ertapenem</i> .....3	<i>felodipine</i> .....15	<i>fondaparinux</i> .....18
ERWINASE .....29	<i>fenofibrate</i> .....13	<i>formoterol fumarate</i> .....79
<i>ery pads</i> .....68	<i>fenofibrate micronized</i> .....13	<i>fosamprenavir</i> .....6
<i>ery-tab</i> .....9	<i>fenofibrate nanocrystallized</i> .13	<i>fosaprepitant</i> .....19
<i>erythrocin (as stearate)</i> .....9	<i>fenofibric acid</i> .....13	<i>fosinopril</i> .....15
<i>erythromycin</i> .....9, 59	<i>fenofibric acid (choline)</i> .....13	<i>fosinopril-hydrochlorothiazide</i>
<i>erythromycin ethylsuccinate</i> ...9	<i>fentanyl</i> .....40	.....15
<i>erythromycin with ethanol</i> ...68	<i>fentanyl citrate</i> .....40	<i>fosphenytoin</i> .....43
<i>escitalopram oxalate</i> .....48	<i>fentanyl citrate (pf)</i> .....40	FOTIVDA.....30
<i>esmolol</i> .....15	FETZIMA.....48	FRUZAQLA.....30
<i>esomeprazole magnesium</i> ....22	<i>finasteride</i> .....83	<i>fulvestrant</i> .....30
<i>esomeprazole sodium</i> .....22	<i> fingolimod</i> .....54	<i>furosemide</i> .....15
<i>estarylla</i> .....56	FINTEPLA .....43	FUZEON .....6
<i>estradiol</i> .....58	FIRMAGON KIT W	FYARRO .....30
<i>estradiol valerate</i> .....58	DILUENT SYRINGE .....29	<i>fyavolv</i> .....58
<i>estradiol-norethindrone acet</i> 58	<i>flac otic oil</i> .....56	FYCOMPA.....43, 44
<i>ethacrynate sodium</i> .....15	<i>flecainide</i> .....12	<b>G</b>
<i>ethambutol</i> .....3	<i>floxuridine</i> .....29	<i>gabapentin</i> .....44
<i>ethosuximide</i> .....43	<i>fluconazole</i> .....2	<i>galantamine</i> .....55

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez el 10/02/2024.

GAMASTAN .....	24	GVOKE PFS 2-PACK		NDCS STARTING WITH	
<i>ganciclovir sodium</i> .....	6	SYRINGE.....	72	00074).....	75
GARDASIL 9 (PF).....	24	<b>H</b>		HUMIRA(CF) PEN	
GATTEX 30-VIAL .....	19	<i>halobetasol propionate</i> .....	66	CROHNS-UC-HS	
GATTEX ONE-VIAL.....	19	<i>haloperidol</i> .....	49	(PREFERRED NDCS	
GAUZE PAD .....	81	<i>haloperidol decanoate</i> .....	49	NDCS STARTING WITH	
<i>gavilyte-c</i> .....	19	<i>haloperidol lactate</i> .....	49	00074).....	75
<i>gavilyte-g</i> .....	19	HAVRIX (PF) .....	24	HUMIRA(CF) PEN	
<i>gavilyte-n</i> .....	19	<i>heather</i> .....	58	PEDIATRIC UC (ONLY	
GAVRETO.....	30	<i>heparin (porcine)</i> .....	18	NDCS STARTING WITH	
GAZYVA .....	30	<i>heparin (porcine) in 5 % dex</i> 18		00074).....	75
<i>gefitinib</i> .....	30	<i>heparin (porcine) in nacl (pf)</i>		HUMIRA(CF) PEN PSOR-	
<i>gemcitabine</i> .....	30	.....	18	UV-ADOL HS	
GEMCITABINE .....	30	<i>heparin(porcine) in 0.45% nacl</i>		(PREFERRED NDCS	
<i>gemfibrozil</i> .....	13	.....	18	NDCS STARTING WITH	
<i>generlac</i> .....	19	HEPARIN(PORCINE) IN		00074).....	75
<i>gengraf</i> .....	30	0.45% NAACL.....	18	HUMULIN 70/30 U-100	
<i>gentamicin</i> .....	3, 59, 63	<i>heparin, porcine (pf)</i> .....	18	INSULIN .....	72
<i>gentamicin in nacl (iso-osm)</i> ..3		HEPARIN, PORCINE (PF) .	18	HUMULIN 70/30 U-100	
<i>gentamicin sulfate (ped) (pf)</i> ..3		HEPLISAV-B (PF).....	24	KWIKPEN.....	72
GENVOYA .....	6	HIBERIX (PF).....	24	HUMULIN N NPH INSULIN	
GILOTRIF.....	30	HIZENTRA .....	24	KWIKPEN.....	72
<i>glatiramer</i> .....	55	HUMALOG JUNIOR		HUMULIN N NPH U-100	
<i>glatopa</i> .....	55	KWIKPEN U-100 .....	72	INSULIN .....	72
GLEOSTINE.....	30	HUMALOG KWIKPEN		HUMULIN R REGULAR U-	
<i>glimepiride</i> .....	71	INSULIN.....	72	100 INSULN .....	72
<i>glipizide</i> .....	71	HUMALOG MIX 50-50		HUMULIN R U-500 (CONC)	
<i>glipizide-metformin</i> .....	71	KWIKPEN.....	72	INSULIN .....	72
<i>glutamine (sickle cell)</i> .....	62	HUMALOG MIX 75-25		HUMULIN R U-500 (CONC)	
<i>glycine urologic</i> .....	82	KWIKPEN.....	72	KWIKPEN.....	72
<i>glycine urologic solution</i> .....	82	HUMALOG MIX 75-25(U-		<i>hydralazine</i> .....	15
<i>glycopyrrolate</i> .....	22	100)INSULN .....	72	<i>hydrochlorothiazide</i> .....	15
<i>glycopyrrolate (pf) in water</i> .22		HUMALOG U-100 INSULIN		<i>hydrocodone-acetaminophen</i> 40	
<i>glydo</i> .....	67	.....	72	<i>hydrocodone-ibuprofen</i> .....	40
<i>granisetron (pf)</i> .....	19	HUMIRA (PREFERRED		<i>hydrocortisone</i> ....	19, 20, 66, 68
<i>granisetron hcl</i> .....	19	NDCS STARTING WITH		<i>hydrocortisone-acetic acid</i> ...	56
<i>griseofulvin microsize</i> .....	2	00074).....	74	<i>hydromorphone</i> .....	40
<i>griseofulvin ultramicrosize</i> ....	2	HUMIRA PEN (PREFERRED		<i>hydromorphone (pf)</i> .....	40
GVOKE.....	71	NDCS STARTING WITH		<i>hydroxychloroquine</i> .....	3
GVOKE HYPOPEN 1-PACK		00074).....	74	<i>hydroxyurea</i> .....	30
.....	71	HUMIRA(CF) (PREFERRED		<i>hydroxyzine hcl</i> .....	77
GVOKE HYPOPEN 2-PACK		NDCS STARTING WITH		HYPERHEP B.....	24
.....	72	00074).....	74, 75	HYPERHEP B NEONATAL	
GVOKE PFS 1-PACK		HUMIRA(CF) PEN		.....	24
SYRINGE.....	72	(PREFERRED NDCS		<b>I</b>	
				<i>ibandronate</i> .....	77

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez el 10/02/2024.

IBRANCE .....	30	<i>irbesartan-hydrochlorothiazide</i>	<i>kelnor 1/35 (28)</i> .....	57
<i>ibu</i> .....	42	.....	<i>kelnor 1/50 (28)</i> .....	57
<i>ibuprofen</i> .....	42	<i>irinotecan</i> .....	KERENDIA.....	15
<i>ibutilide fumarate</i> .....	12	ISENTRESS .....	KESIMPTA PEN.....	55
<i>icatibant</i> .....	79	ISENTRESS HD .....	<i>ketoconazole</i> .....	2, 63
ICLUSIG .....	30	<i>isibloom</i> .....	<i>ketorolac</i> .....	59
<i>icosapent ethyl</i> .....	13	ISOLYTE S PH 7.4 .....	KEYTRUDA .....	31
<i>idarubicin</i> .....	30	ISOLYTE-P IN 5 %	KHAPZORY .....	25
IDHIFA .....	30	DEXTROSE .....	KIMMTRAK.....	31
<i>ifosfamide</i> .....	30	ISOLYTE-S.....	KINRIX (PF).....	24
ILARIS (PF).....	23	<i>isoniazid</i> .....	<i>kionex (with sorbitol)</i> .....	62
<i>imatinib</i> .....	30	<i>isosorbide dinitrate</i> .....	KISQALI .....	32
IMBRUVICA .....	31	<i>isosorbide mononitrate</i> .....	KISQALI FEMARA CO-	
IMDELLTRA.....	31	<i>isotretinoin</i> .....	PACK .....	31, 32
IMFINZI.....	31	ISTODAX .....	<i>klayesta</i> .....	64
<i>imipenem-cilastatin</i> .....	3	<i>itraconazole</i> .....	<i>klor-con 10</i> .....	83
<i>imipramine hcl</i> .....	49	<i>ivabradine</i> .....	<i>klor-con 8</i> .....	83
<i>imiquimod</i> .....	67	<i>ivermectin</i> .....	<i>klor-con m10</i> .....	83
IMJUDO.....	31	IWILFIN.....	<i>klor-con m15</i> .....	83
IMOVAX RABIES VACCINE		IXCHIQ (PF).....	<i>klor-con m20</i> .....	83
(PF).....	24	IXEMPRA .....	<i>klor-con oral packet 20</i> .....	83
INBRIJA.....	39	IXIARO (PF).....	<i>klor-con/ef</i> .....	83
<i>incassia</i> .....	58	<b>J</b>	KOSELUGO.....	32
INCRELEX .....	62	JAKAFI .....	<i>kourzeq</i> .....	56
<i>indapamide</i> .....	15	<i>jantoven</i> .....	K-PHOS NO 2.....	82
INFANRIX (DTAP) (PF).....	24	JANUMET .....	K-PHOS ORIGINAL .....	82
INFLECTRA.....	20	JANUMET XR.....	KRAZATI.....	32
INLYTA .....	31	JANUVIA.....	<i>kurvelo (28)</i> .....	57
INQOVI.....	31	JARDIANCE.....	KYPROLIS.....	32
INREBIC .....	31	<i>jasmiel (28)</i> .....	<b>L</b>	
INSULIN LISPRO .....	72	JAYPIRCA.....	<i>l norgest/e.estradiol-e.estrad</i>	57
INSULIN SYRINGE-		JEMPERLI .....	<i>labetalol</i> .....	15
NEEDLE U-100 .....	81	<i>jencycla</i> .....	<i>lacosamide</i> .....	44
INSULIN SYRINGES (NON-		JEVTANA .....	<i>lactated ringers</i> .....	63, 83
PREFERRED BRANDS).....	81	<i>jinteli</i> .....	<i>lactulose</i> .....	20
INTELENCE.....	6	<i>jolessa</i> .....	<i>lamivudine</i> .....	6
<i>intralipid</i> .....	85	<i>juleber</i> .....	<i>lamivudine-zidovudine</i> .....	6
<i>introvale</i> .....	57	JULUCA.....	<i>lamotrigine</i> .....	44
INVEGA HAFYERA.....	49	JYLAMVO.....	<i>lanreotide</i> .....	32
INVEGA SUSTENNA.....	49	JYNNEOS (PF) .....	<i>lansoprazole</i> .....	22
INVEGA TRINZA .....	49, 50	<b>K</b>	LANTUS SOLOSTAR U-100	
IPOL .....	24	KADCYLA .....	INSULIN .....	72
<i>ipratropium bromide</i> .....	56, 79	<i>kalliga</i> .....	LANTUS U-100 INSULIN ..	72
<i>ipratropium-albuterol</i> .....	79	KALYDECO .....	<i>lapatinib</i> .....	32
<i>irbesartan</i> .....	15	KANUMA .....	<i>larin 1.5/30 (21)</i> .....	57
		<i>kariva (28)</i> .....	<i>larin 1/20 (21)</i> .....	57

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez el 10/02/2024.

<i>larin fe 1.5/30 (28)</i> .....	57	<i>linezolid in dextrose 5%</i> .....	3	<i>lyza</i> .....	58
<i>larin fe 1/20 (28)</i> .....	57	<i>linezolid-0.9% sodium chloride</i> .....	3	<b>M</b>	
<i>latanoprost</i> .....	61	LINZESS .....	20	<i>magnesium chloride</i> .....	83
LEDIPASVIR-SOFOSBUVIR .....	6	<i>liothyronine</i> .....	69	<i>magnesium sulfate</i> .....	83
<i>leflunomide</i> .....	75	<i>lisinopril</i> .....	15	MAGNESIUM SULFATE IN D5W .....	83
<i>lenalidomide</i> .....	32	<i>lisinopril-hydrochlorothiazide</i> .....	15	<i>magnesium sulfate in water</i> ..	83
LENVIMA .....	32	<i>lithium carbonate</i> .....	50	<i>malathion</i> .....	66
<i>lessina</i> .....	57	<i>lithium citrate</i> .....	50	<i>mannitol 20 %</i> .....	15
<i>letrozole</i> .....	32	LIVTENCITY .....	6	<i>mannitol 25 %</i> .....	15
<i>leucovorin calcium</i> .....	25	LOKELMA .....	62	<i>maraviroc</i> .....	6
<i>leuprolide</i> .....	32	LONSURF .....	32	MARGENZA .....	33
<i>levetiracetam</i> .....	44	<i>loperamide</i> .....	22	<i>marlissa (28)</i> .....	57
<i>levetiracetam in nacl (iso-os)</i> .....	44	<i>lopinavir-ritonavir</i> .....	6	MARPLAN .....	50
<i>levobunolol</i> .....	60	LOQTORZI .....	32	MATULANE .....	33
<i>levocarnitine</i> .....	62	<i>lorazepam</i> .....	50	<i>matzim la</i> .....	15
<i>levocarnitine (with sugar)</i> ....	62	<i>lorazepam intensol</i> .....	50	MAVYRET .....	6
<i>levocetirizine</i> .....	77	LORBRENA .....	32	<i>meclizine</i> .....	20
<i>levofloxacin</i> .....	11, 60	<i>loryna (28)</i> .....	57	<i>medroxyprogesterone</i> .....	58
<i>levofloxacin in d5w</i> .....	11	<i>losartan</i> .....	15	<i>mefloquine</i> .....	3
<i>levoleucovorin calcium</i> .....	25	<i>losartan-hydrochlorothiazide</i> .....	15	<i>megestrol</i> .....	33
<i>levonest (28)</i> .....	57	<i>loteprednol etabonate</i> .....	60	MEKINIST .....	33
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad</i> 57		<i>lovastatin</i> .....	13	MEKTOVI .....	33
<i>levonorg-eth estrad triphasic</i> 57		<i>low-ogestrel (28)</i> .....	57	<i>meloxicam</i> .....	42
<i>levora-28</i> .....	57	<i>loxapine succinate</i> .....	50	<i>melphalan hcl</i> .....	33
<i>levo-t</i> .....	69	<i>lo-zumandimine (28)</i> .....	57	<i>memantine</i> .....	55
<i>levothyroxine</i> .....	69	<i>lubiprostone</i> .....	20	MENACTRA (PF) .....	24
<i>levoxyl</i> .....	69	LUMAKRAS .....	32	MENQUADFI (PF) .....	24
LIBERVANT .....	44	LUMIZYME .....	70	MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF) .....	24
LIBTAYO .....	32	LUNSUMIO .....	32	MEPSEVII .....	70
<i>lidocaine</i> .....	67	LUPRON DEPOT .....	33	<i>mercaptopurine</i> .....	33
<i>lidocaine (pf)</i> .....	12, 67	<i>lurasidone</i> .....	50	<i>meropenem</i> .....	4
<i>lidocaine hcl</i> .....	67	<i>luteru (28)</i> .....	57	<i>mesalamine</i> .....	20
<i>lidocaine in 5 % dextrose (pf)</i> .....	12	<i>lyleq</i> .....	58	<i>mesalamine with cleansing</i> <i>wipe</i> .....	20
<i>lidocaine viscous</i> .....	67	<i>lyllana</i> .....	58	<i>mesna</i> .....	25
<i>lidocaine-epinephrine</i> .....	67	LYNPARZA .....	33	MESNEX .....	25
<i>lidocaine-epinephrine (pf)</i> ....	67	LYSODREN .....	33	<i>metformin</i> .....	73
<i>lidocaine-prilocaine</i> .....	67	LYTGOBI .....	33	<i>methadone</i> .....	40, 41
<i>lidocan iii</i> .....	67	LYUMJEV KWIKPEN U-100 INSULIN .....	72	<i>methadone intensol</i> .....	41
<i>lidocan iv</i> .....	67	LYUMJEV KWIKPEN U-200 INSULIN .....	72	<i>methadose</i> .....	41
<i>lidocan v</i> .....	67	LYUMJEV U-100 INSULIN .....	73	<i>methazolamide</i> .....	60
LILETTA .....	59			<i>methenamine hippurate</i> .....	2
<i>lincomycin</i> .....	3			<i>methenamine mandelate</i> .....	2
<i>linezolid</i> .....	3			<i>methimazole</i> .....	68

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez el 10/02/2024.

<i>methotrexate sodium</i> .....	33	MONJUVI.....	33	<i>neomycin-polymyxin-hc</i> ..	56, 60
<i>methotrexate sodium (pf)</i> .....	33	<i>mono-lynyah</i> .....	57	<i>neo-polycin</i> .....	60
<i>methoxsalen</i> .....	67	<i>montelukast</i> .....	79	<i>neo-polycin hc</i> .....	60
<i>methsuximide</i> .....	44	<i>morphine</i> .....	41	NERLYNX .....	34
<i>methylergonovine</i> .....	59	<i>morphine (pf)</i> .....	41	NEUPRO .....	39
<i>methylphenidate hcl</i> .....	50	<i>morphine concentrate</i> .....	41	<i>nevirapine</i> .....	6
<i>methylprednisolone</i> .....	68	MOUNJARO.....	73	NEXPLANON.....	59
<i>methylprednisolone acetate</i> ..	68	<i>moxifloxacin</i> .....	11, 60	<i>niacin</i> .....	13
<i>methylprednisolone sodium</i>		<i>moxifloxacin-sod.chloride(iso)</i>		<i>nicardipine</i> .....	16
<i>succ</i> .....	69	.....	11	NICOTROL .....	61
<i>metoclopramide hcl</i> .....	20	MRESVIA (PF).....	24	NICOTROL NS.....	61
<i>metolazone</i> .....	15	<i>mupirocin</i> .....	63	<i>nifedipine</i> .....	16
<i>metoprolol succinate</i> .....	16	<i>mycophenolate mofetil</i> .....	33	<i>nikki (28)</i> .....	57
<i>metoprolol ta-hydrochlorothiaz</i>		<i>mycophenolate mofetil (hcl)</i> .	33	<i>nilutamide</i> .....	34
.....	16	<i>mycophenolate sodium</i> .....	33	<i>nimodipine</i> .....	16
<i>metoprolol tartrate</i> .....	16	MYFEMBREE .....	59	NINLARO .....	34
<i>metro i.v.</i> .....	4	MYHIBBIN.....	33	<i>nitazoxanide</i> .....	4
<i>metronidazole</i> .....	4, 59, 68	MYLOTARG .....	34	<i>nitisinone</i> .....	62
<i>metronidazole in nacl (iso-os)</i> 4		MYRBETRIQ .....	82	<i>nitro-bid</i> .....	14
<i>metyrosine</i> .....	16	<b>N</b>		<i>nitrofurantoin macrocrystal</i> ...	2
<i>mexiletine</i> .....	12	<i>nabumetone</i> .....	42	<i>nitrofurantoin monohyd/m-</i>	
<i>micafungin</i> .....	2	<i>nadolol</i> .....	16	<i>cryst</i> .....	2
<i>microgestin 1.5/30 (21)</i> .....	57	<i>nafcillin</i> .....	10	<i>nitroglycerin</i> .....	14, 20
<i>microgestin 1/20 (21)</i> .....	57	<i>nafcillin in dextrose iso-osm.</i> 10		<i>nitroglycerin in 5 % dextrose</i>	
<i>microgestin fe 1.5/30 (28)</i> ...	57	<i>naftifine</i> .....	64	.....	14
<i>microgestin fe 1/20 (28)</i> .....	57	NAGLAZYME.....	70	NIVESTYM .....	23
<i>midodrine</i> .....	62	<i>nalbuphine</i> .....	42	<i>nora-be</i> .....	59
<i>mifepristone</i> .....	59, 70	<i>naloxone</i> .....	42	<i>norelgestromin-ethin.estradiol</i>	
<i>mili</i> .....	57	<i>naltrexone</i> .....	42	.....	59
<i>milrinone</i> .....	13	NAMZARIC.....	55	<i>norepinephrine bitartrate</i> ....	13
<i>milrinone in 5 % dextrose</i> ...	13	<i>naproxen</i> .....	42	<i>norethindrone (contraceptive)</i>	
<i>mimvey</i> .....	59	<i>naratriptan</i> .....	54	.....	59
<i>minocycline</i> .....	11	<i>nateglinide</i> .....	73	<i>norethindrone acetate</i> .....	59
<i>minoxidil</i> .....	16	NAYZILAM.....	44	<i>norethindrone ac-eth estradiol</i>	
<i>miostat</i> .....	61	<i>nebivolol</i> .....	16	.....	57, 59
<i>mirabegron</i> .....	82	<i>nefazodone</i> .....	50	<i>norethindrone-e.estradiol-iron</i>	
<i>mirtazapine</i> .....	50	<i>nelarabine</i> .....	34	.....	57
<i>misoprostol</i> .....	22	<i>neomycin</i> .....	4	<i>norgestimate-ethinyl estradiol</i>	
<i>mitomycin</i> .....	33	<i>neomycin-bacitracin-poly-hc</i> 60		.....	57
<i>mitoxantrone</i> .....	33	<i>neomycin-bacitracin-</i>		<i>nortrel 0.5/35 (28)</i> .....	57
M-M-R II (PF).....	24	<i>polymyxin</i> .....	60	<i>nortrel 1/35 (21)</i> .....	58
<i>modafinil</i> .....	50	<i>neomycin-polymyxin b gu</i> .....	63	<i>nortrel 1/35 (28)</i> .....	58
<i>moexipril</i> .....	16	<i>neomycin-polymyxin b-</i>		<i>nortrel 7/7/7 (28)</i> .....	58
<i>molindone</i> .....	50	<i>dexameth</i> .....	60	<i>nortriptyline</i> .....	50
<i>mometasone</i> .....	66	<i>neomycin-polymyxin-</i>		NORVIR.....	6
<i>mondoxyne nl</i> .....	11	<i>gramicidin</i> .....	60	NUBEQA .....	34

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez el 10/02/2024.

NUEDEXTA.....	55	OMNIPOD GO PODS 40		<i>pantoprazole</i> .....	22
NULOJIX.....	34	UNITS/DAY.....	82	<i>paraplatin</i> .....	35
NUPLAZID.....	50	OMNITROPE.....	23	<i>paricalcitol</i> .....	70
NURTEC ODT.....	54	ONCASPAR.....	34	<i>paroxetine hcl</i> .....	51
<i>nyamyc</i> .....	64	<i>ondansetron</i> .....	20	PAXLOVID.....	6
<i>nystatin</i> .....	2, 64	<i>ondansetron hcl</i> .....	20	<i>pazopanib</i> .....	35
<i>nystatin-triamcinolone</i> .....	64	<i>ondansetron hcl (pf)</i> .....	20	PEDIARIX (PF).....	24
<i>nystop</i> .....	64	ONIVYDE.....	34	PEDVAX HIB (PF).....	24
NYVEPRIA.....	23	ONUREG.....	34	<i>peg 3350-electrolytes</i> .....	20
<b>O</b>		OPDIVO.....	34	PEGASYS.....	23
OCALIVA.....	20	OPDUALAG.....	34	<i>peg-electrolyte</i> .....	20
<i>octreotide acetate</i> .....	34	<i>opium tincture</i> .....	22	PEMAZYRE.....	35
ODEFSEY.....	6	OPSUMIT.....	79	<i>pemetrexed disodium</i> .....	35
ODOMZO.....	34	OPSYNVI.....	79	PEN NEEDLES (NON-	
OFEV.....	79	<i>oralone</i> .....	56	PREFERRED BRANDS).....	82
<i>ofloxacin</i> .....	56, 60	ORENCIA.....	75	PENBRAYA (PF).....	24
OGSIVEO.....	34	ORENCIA (WITH		<i> penciclovir</i> .....	65
OJEMDA.....	34	MALTOSE).....	75	<i>penicillamine</i> .....	76
OJJAARA.....	34	ORENCIA CLICKJECT.....	75	<i>penicillin g potassium</i> .....	10
<i>olanzapine</i> .....	51	ORGOVYX.....	34	<i>penicillin g sodium</i> .....	10
<i>olmesartan</i> .....	16	ORKAMBI.....	79	<i>penicillin v potassium</i> .....	10
<i>olmesartan-amlodipin-</i>		ORSERDU.....	34, 35	PENTACEL (PF).....	24
<i>hcthiazid</i> .....	16	<i>oseltamivir</i> .....	6	<i>pentamidine</i> .....	4
<i>olmesartan-</i>		<i>osmitrol 20 %</i> .....	16	<i>pentobarbital sodium</i> .....	51
<i>hydrochlorothiazide</i> .....	16	OTEZLA.....	75	<i>pentoxifylline</i> .....	18
<i>omega-3 acid ethyl esters</i> .....	13	OTEZLA STARTER.....	75	<i>perindopril erbumine</i> .....	16
<i>omeprazole</i> .....	22	<i>oxacillin</i> .....	10	<i>periogard</i> .....	56
OMNIPOD 5 G6 INTRO KIT		<i>oxacillin in dextrose(iso-osm)</i>		PERJETA.....	35
(GEN 5).....	81	.....	10	<i>permethrin</i> .....	66
OMNIPOD 5 G6 PODS (GEN		<i>oxaliplatin</i> .....	35	<i>perphenazine</i> .....	51
5).....	82	<i>oxaprozin</i> .....	42	<i>pfizerpen-g</i> .....	10
OMNIPOD DASH INTRO		<i>oxcarbazepine</i> .....	44	<i>phenelzine</i> .....	51
KIT (GEN 4).....	82	OXERVATE.....	61	<i>phenobarbital</i> .....	44, 45
OMNIPOD DASH PODS		<i>oxybutynin chloride</i> .....	82	<i>phenobarbital sodium</i> .....	45
(GEN 4).....	82	<i>oxycodone</i> .....	41	<i>phentolamine</i> .....	16
OMNIPOD GO PODS.....	82	<i>oxycodone-acetaminophen</i> .....	41	<i>phenytoin</i> .....	45
OMNIPOD GO PODS 10		OZEMPIC.....	73	<i>phenytoin sodium</i> .....	45
UNITS/DAY.....	82	OZURDEX.....	60	<i>phenytoin sodium extended</i> .....	45
OMNIPOD GO PODS 15		<b>P</b>		PIFELTRO.....	6
UNITS/DAY.....	82	<i>pacerone</i> .....	12	<i>pilocarpine hcl</i> .....	61, 62
OMNIPOD GO PODS 20		<i>paclitaxel</i> .....	35	<i>pimecrolimus</i> .....	67
UNITS/DAY.....	82	PADCEV.....	35	<i>pimozide</i> .....	51
OMNIPOD GO PODS 25		<i>paliperidone</i> .....	51	<i>pimtree (28)</i> .....	58
UNITS/DAY.....	82	<i>palonosetron</i> .....	20	<i>pindolol</i> .....	16
OMNIPOD GO PODS 30		<i>pamidronate</i> .....	70	<i>pioglitazone</i> .....	73
UNITS/DAY.....	82	PANRETIN.....	67	<i>piperacillin-tazobactam</i> .....	10

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez el 10/02/2024.



PIQRAY .....	35	<i>prednisolone sodium phosphate</i> .....	60, 69	<i>pyrimethamine</i> .....	4
<i>pirfenidone</i> .....	79	<i>prednisone</i> .....	69	<b>Q</b>	
<i>piroxicam</i> .....	42	<i>prednisone intensol</i> .....	69	QINLOCK .....	35
<i>pitavastatin calcium</i> .....	13	<i>pregabalin</i> .....	45	QUADRACEL (PF) .....	24
PLENAMINE.....	85	PREHEVBRIO (PF).....	24	<i>quetiapine</i> .....	51
<i>plerixafor</i> .....	23	<i>premasol 10 %</i> .....	85	<i>quinapril</i> .....	16
<i>podofilox</i> .....	67	<i>prenatal vitamin oral tablet</i> ..	85	<i>quinapril-hydrochlorothiazide</i>	16
POLIVY .....	35	<i>prevalite</i> .....	13	.....	16
<i>polocaine</i> .....	67	PREVYMIS.....	6, 7	<i>quinidine sulfate</i> .....	12
<i>polocaine-mpf</i> .....	67	PREZCOBIX.....	7	<i>quinine sulfate</i> .....	4
<i>polycin</i> .....	60	PREZISTA .....	7	QVAR REDHALER .....	80
<i>polymyxin b sulf-trimethoprim</i>	60	PRIFTIN.....	4	<b>R</b>	
POMALYST .....	35	PRIMAQUINE.....	4	RABAVERT (PF) .....	24
<i>portia 28</i> .....	58	<i>primidone</i> .....	45	RADICAVA ORS .....	55
PORTRAZZA .....	35	PRIMIDONE.....	45	RADICAVA ORS STARTER	
<i>posaconazole</i> .....	2	PRIORIX (PF).....	24	KIT SUSP .....	55
<i>potassium acetate</i> .....	83	PRIVIGEN .....	24	<i>raloxifene</i> .....	77
<i>potassium chlorid-d5-</i>		<i>probenecid</i> .....	76	<i>ramelteon</i> .....	51
<i>0.45%nacl</i> .....	83	<i>probenecid-colchicine</i> .....	76	<i>ramipril</i> .....	16
<i>potassium chloride</i> .....	84	<i>procainamide</i> .....	12	<i>ranolazine</i> .....	13
<i>potassium chloride in</i>		<i>prochlorperazine</i> .....	20	<i>rasagiline</i> .....	39
<i>0.9%nacl</i> .....	83	<i>prochlorperazine edisylate</i> ...	20	<i>reclipsen (28)</i> .....	58
<i>potassium chloride in 5 % dex</i>	83	<i>prochlorperazine maleate oral</i>	21	RECOMBIVAX HB (PF).....	24
.....	83	.....	21	REGRANEX .....	67
<i>potassium chloride in lr-d5</i> ..	83	PROCRIT .....	23	RELENZA DISKHALER .....	7
<i>potassium chloride in water</i> .	84	<i>procto-med hc</i> .....	21	RELISTOR .....	21
<i>potassium chloride-0.45 %</i>		<i>proctosol hc</i> .....	21	RENACIDIN .....	82
<i>nacl</i> .....	84	<i>proctozone-hc</i> .....	21	<i>repaglinide</i> .....	73
<i>potassium chloride-d5-</i>		<i>progesterone</i> .....	59	REPATHA.....	13
<i>0.2%nacl</i> .....	84	<i>progesterone micronized</i> .....	59	REPATHA PUSHTRONEX	13
<i>potassium chloride-d5-</i>		PROGRAF.....	35	REPATHA SURECLICK ...	13
<i>0.9%nacl</i> .....	84	PROLASTIN-C .....	62	RETACRIT.....	23
<i>potassium citrate</i> .....	82	PROLIA.....	77	RETEVMO .....	35, 36
<i>potassium phosphate m-/d-</i>		PROMACTA.....	19	RETROVIR .....	7
<i>basic</i> .....	84	<i>promethazine</i> .....	77	REVLIMID.....	36
POTELIGEO.....	35	<i>propafenone</i> .....	12	<i>revonto</i> .....	53
PRALATREXATE.....	35	<i>propfanolol</i> .....	16	REXULTI .....	51
<i>pramipexole</i> .....	39	<i>propylthiouracil</i> .....	68	REYATAZ .....	7
<i>prasugrel</i> .....	18	PROQUAD (PF).....	24	REZDIFFRA .....	62
<i>pravastatin</i> .....	13	<i>protamine</i> .....	19	REZLIDHIA .....	36
<i>praziquantel</i> .....	4	<i>protriptyline</i> .....	51	REZUROCK.....	36
<i>prazosin</i> .....	16	PULMOZYME.....	79	<i>ribavirin</i> .....	7
<i>prednicarbate</i> .....	66	PURIXAN .....	35	RIDAURA .....	76
<i>prednisolone</i> .....	69	<i>pyrazinamide</i> .....	4	<i>rifabutin</i> .....	4
<i>prednisolone acetate</i> .....	60	<i>pyridostigmine bromide</i> .....	53	<i>rifampin</i> .....	4
				<i>riluzole</i> .....	62

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez el 10/02/2024.

<i>rimantadine</i> .....	7	<i>sharobel</i> .....	59	SPIRIVA RESPIMAT .....	80
<i>ringer's</i> .....	63, 84	SHINGRIX (PF).....	24	<i>spironolactone</i> .....	16
RINVOQ .....	76	SIGNIFOR.....	36	<i>spironolacton-</i>	
RINVOQ LQ.....	76	<i>sildenafil (pulmonary arterial</i>		<i>hydrochlorothiaz</i> .....	16
<i>risperidone</i> .....	51, 52	<i>hypertension)</i> .....	80	SPRAVATO .....	52
<i>risperidone microspheres</i> .....	51	<i>silver sulfadiazine</i> .....	67	<i>sprintec (28)</i> .....	58
<i>ritonavir</i> .....	7	SIMULECT .....	36	SPRITAM.....	45
<i>rivastigmine</i> .....	55	<i>simvastatin</i> .....	14	SPRYCEL.....	37
<i>rivastigmine tartrate</i> .....	55	<i>sirolimus</i> .....	36	<i>sps (with sorbitol)</i> .....	63
<i>rizatriptan</i> .....	54	SIRTURO .....	4	<i>sronyx</i> .....	58
<i>roflumilast</i> .....	80	SKYRIZI .....	21, 64	<i>ssd</i> .....	67
<i>romidepsin</i> .....	36	<i>sodium acetate</i> .....	84	STELARA .....	64, 65
<i>ropinirole</i> .....	39	<i>sodium benzoate-sod</i>		STIOLTO RESPIMAT .....	80
<i>rosuvastatin</i> .....	13	<i>phenylacet</i> .....	62	STIVARGA.....	37
ROTARIX .....	24	<i>sodium bicarbonate</i> .....	84	STREPTOMYCIN .....	4
ROTATEQ VACCINE .....	24	<i>sodium chloride</i> .....	62, 84	STRIBILD .....	7
<i>roweepra</i> .....	45	<i>sodium chloride 0.45 %</i> .....	84	STRIVERDI RESPIMAT ...	80
ROZLYTREK .....	36	<i>sodium chloride 0.9 %</i> .....	62	<i>subvenite</i> .....	45
RUBRACA.....	36	<i>sodium chloride 3 %</i>		SUCRAID.....	21
<i>rufinamide</i> .....	45	<i>hypertonic</i> .....	84	<i>sucralfate</i> .....	22
RUKOBIA.....	7	<i>sodium chloride 5 %</i>		<i>sulfacetamide sodium</i> .....	61
RUXIENCE.....	36	<i>hypertonic</i> .....	84	<i>sulfacetamide sodium (acne)</i> .....	63
RYBREVANT .....	36	<i>sodium fluoride 5000 dry</i>		<i>sulfacetamide-prednisolone</i> .....	61
RYDAPT .....	36	<i>mouth</i> .....	56	<i>sulfadiazine</i> .....	11
RYLAZE .....	36	<i>sodium fluoride 5000 plus</i> ....	56	<i>sulfamethoxazole-trimethoprim</i>	
RYTELO .....	36	<i>sodium fluoride-pot nitrate</i> ...56		.....	11
<b>S</b>		<i>sodium nitroprusside</i> .....	13	<i>sulfasalazine</i> .....	21
<i>sajazir</i> .....	80	SODIUM OXYBATE		<i>sulindac</i> .....	42
<i>salsalate</i> .....	42	(PREFERRED NDCS		<i>sumatriptan</i> .....	54
SANDOSTATIN LAR		STARTING WITH 00054)		<i>sumatriptan succinate</i> .....	54
DEPOT .....	36	.....	52	<i>sunitinib malate</i> .....	37
SANTYL .....	67	<i>sodium phenylbutyrate</i> ...62, 63		SUNLENCA.....	7
<i>sapropterin</i> .....	70	<i>sodium phosphate</i> .....	84	<i>syeda</i> .....	58
SARCLISA.....	36	<i>sodium polystyrene sulfonate</i> 63		SYMDEKO .....	80
<i>saxagliptin</i> .....	73	<i>sodium,potassium,mag sulfates</i>		SYMPAZAN .....	45
<i>saxagliptin-metformin</i> .....	73	.....	21	SYMPROIC.....	21
SCSEMBLIX.....	36	SOFOSBUVIR-		SYMTUZA.....	7
<i>scopolamine base</i> .....	21	VELPATASVIR.....	7	SYNAGIS.....	7
SECUADO .....	52	SOLQUA 100/33 .....	73	SYNJARDY .....	73
<i>selegiline hcl</i> .....	39	SOLTAMOX.....	36	SYNJARDY XR.....	73
<i>selenium sulfide</i> .....	64	SOMATULINE DEPOT .....	36	<b>T</b>	
SELZENTRY .....	7	SOMAVERT .....	70	TABRECTA .....	37
<i>sertraline</i> .....	52	<i>sorafenib</i> .....	36	<i>tacrolimus</i> .....	37, 67
<i>setlakin</i> .....	58	<i>sotalol</i> .....	12	<i>tadalafil</i> .....	82
<i>sf 56</i>		<i>sotalol af</i> .....	12		
<i>sf 5000 plus</i> .....	56	SOTYKTU .....	64		

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez el 10/02/2024.

<i>tadalafil (pulmonary arterial hypertension) oral tablet 20 mg</i> .....	<i>tiagabine</i> .....	<i>triamterene-hydrochlorothiazid</i> .....
80	45	17
TAFINLAR.....	TIBSOVO.....	<i>tridacaine ii</i> .....
37	37	67
TAGRISO.....	TICE BCG.....	<i>tridacaine iii</i> .....
37	25	67
TALVEY.....	TICOVAC.....	<i>triderm</i> .....
37	25	66
TALZENNA.....	<i>tigecycline</i> .....	<i>trientine</i> .....
37	4	63
<i>tamoxifen</i> .....	<i>tilia fe</i> .....	<i>tri-estarylla</i> .....
37	58	58
<i>tamsulosin</i> .....	<i>timolol maleate</i> .....	<i>trifluoperazine</i> .....
83	16, 60	52
<i>tarina fe 1-20 eq (28)</i> .....	<i>tinidazole</i> .....	<i>trifluridine</i> .....
58	4	60
TASIGNA.....	<i>tiotropium bromide</i> .....	<i>trihexyphenidyl</i> .....
37	80	39
<i>tazarotene</i> .....	TIVDAK.....	TRIKAFTA.....
68	37	80
<i>tazicef</i> .....	TIVICAY.....	<i>tri-legest fe</i> .....
9	7	58
TAZVERIK.....	TIVICAY PD.....	<i>tri-linyah</i> .....
37	7	58
TDVAX.....	<i>tizanidine</i> .....	<i>tri-lo-estarylla</i> .....
24	53	58
TECENTRIQ.....	<i>tobramycin</i> .....	<i>tri-lo-marzia</i> .....
37	4, 60	58
TECVAYLI.....	<i>tobramycin in 0.225 % nacl</i> ...4	<i>tri-lo-sprintec</i> .....
37	4	58
TEFLARO.....	<i>tobramycin sulfate</i> .....	<i>trimethoprim</i> .....
9	4	2
<i>telmisartan</i> .....	<i>tobramycin-dexamethasone</i> ..60	<i>trimipramine</i> .....
16	60	52
<i>telmisartan-amlodipine</i> .....	<i>tolterodine</i> .....	TRINTELLIX.....
16	83	52
<i>telmisartan-hydrochlorothiazid</i> .....	<i>tolvaptan</i> .....	<i>tri-sprintec (28)</i> .....
16	70	58
TEMODAR.....	<i>topiramate</i> .....	TRIUMEQ.....
37	45	7
<i>temsirolimus</i> .....	<i>topotecan</i> .....	TRIUMEQ PD.....
37	37	7
TENIVAC (PF).....	<i>toremifene</i> .....	<i>trivora (28)</i> .....
24	37	58
<i>tenofovir disoproxil fumarate</i> ..7	<i>torpenz</i> .....	TRODELVY.....
7	37	38
TEPMETKO.....	<i>torse mide</i> .....	TROGARZO.....
37	16	7
<i>terazosin</i> .....	TOUJEO MAX U-300	TROPHAMINE 10 %.....
16	SOLOSTAR.....	85
<i>terbinafine hcl</i> .....	INSULIN.....	<i>trospium</i> .....
2	73	83
<i>terbutaline</i> .....	<i>tramadol</i> .....	TRULANCE.....
80	42	21
<i>terconazole</i> .....	<i>tramadol-acetaminophen</i> ....42	TRULICITY.....
59	42	73
<i>teriflunomide</i> .....	<i>trandolapril</i> .....	TRUMENBA.....
55	16	25
TERIPARATIDE.....	<i>tranexamic acid</i> .....	TRUQAP.....
77	59	38
<i>testosterone</i> .....	<i>tranylcypromine</i> .....	TUKYSA.....
70	52	38
<i>testosterone cypionate</i> .....	<i>travasol 10 %</i> .....	TURALIO.....
70	85	38
<i>testosterone enanthate</i> .....	<i>travoprost</i> .....	<i>turqoz (28)</i> .....
70	61	58
TETANUS,DIPHThERIA	TRAZIMERA.....	TWINRIX (PF).....
TOX PED(PF).....	<i>trazodone</i> .....	25
25	52	76
<i>tetrabenazine</i> .....	TRECATOR.....	TYENNE.....
55	4	76
<i>tetracycline</i> .....	TRELEGY ELLIPTA.....	TYENNE AUTOINJECTOR.....
11	80	76
THALOMID.....	TRELSTAR.....	TYPHIM VI.....
37	37	25
<i>theophylline</i> .....	TREMFYA.....	TYVASO.....
80	65	80
<i>thioridazine</i> .....	<i>treprostinil sodium</i> .....	TYVASO INSTITUTIONAL
52	16	START KIT.....
<i>thiotepa</i> .....	<i>tretinoin (antineoplastic)</i> .....37	80
37	37	TYVASO REFILL KIT.....
<i>thiothixene</i> .....	<i>tretinoin topical</i> .....	80
52	68	TYVASO STARTER KIT ...81
<i>tiadylt er</i> .....	<i>triamcinolone acetonide</i> 56, 66,	U
16	69	<i>unithroid</i> .....
		69

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez el 10/02/2024.

UNITUXIN .....	38	<i>vinblastine</i> .....	38	<i>xulane</i> .....	59
UPTRAVI.....	17	<i>vincristine</i> .....	38	<b>Y</b>	
<i>ursodiol</i> .....	21	<i>vinorelbine</i> .....	38	YERVOY .....	39
UZEDY .....	52	<i>viorele (28)</i> .....	58	YF-VAX (PF).....	25
<b>V</b>		VIRACEPT .....	7	YONDELIS .....	39
<i>valacyclovir</i> .....	7	VIREAD.....	7	YUFLYMA(CF).....	76
VALCHLOR .....	67	VITRAKVI.....	38	YUFLYMA(CF) AI	
<i>valganciclovir</i> .....	7	VIVITROL .....	42	CROHN'S-UC-HS.....	76
<i>valproate sodium</i> .....	45	VIZIMPRO.....	38	YUFLYMA(CF)	
<i>valproic acid</i> .....	45	VONJO.....	38	AUTOINJECTOR .....	76
<i>valproic acid (as sodium salt)</i>		<i>voriconazole</i> .....	2	<i>yuvafem</i> .....	59
.....	45, 46	VOSEVI .....	7	<b>Z</b>	
<i>valrubicin</i> .....	38	VOWST.....	21	<i>zafemy</i> .....	59
<i>valsartan</i> .....	17	VRAYLAR.....	53	<i>zafirlukast</i> .....	81
<i>valsartan-hydrochlorothiazide</i>		VYNDAMAX .....	13	<i>zaleplon</i> .....	53
.....	17	VYXEOS.....	38	ZALTRAP .....	39
VALTOCO.....	46	<b>W</b>		ZANOSAR .....	39
<i>vancomycin</i> .....	4, 5	<i>warfarin</i> .....	19	ZEJULA .....	39
VANCOMYCIN IN 0.9 %		<i>water for irrigation, sterile</i> ...63		ZELBORAF .....	39
SODIUM CHL .....	4	WELIREG .....	38	<i>zenatane</i> .....	68
VANFLYTA .....	38	<i>wera (28)</i> .....	58	ZEPZELCA.....	39
VAQTA (PF).....	25	<i>wescap-pn dha</i> .....	85	<i>zidovudine</i> .....	7, 8
<i>varenicline</i> .....	61	<i>wixela inhub</i> .....	81	<i>ziprasidone hcl</i> .....	53
VARIVAX (PF) .....	25	<b>X</b>		<i>ziprasidone mesylate</i> .....	53
VARUBI.....	21	XALKORI .....	38	ZIRABEV .....	39
VAXCHORA VACCINE ....	25	XARELTO .....	19	ZIRGAN.....	60
VECTIBIX .....	38	XARELTO DVT-PE TREAT		ZOLADEX .....	39
<i>veletri</i> .....	17	30D START .....	19	<i>zoledronic acid</i> .....	71
<i>velivet triphasic regimen (28)</i>		XCOPRI .....	46	<i>zoledronic acid-mannitol-water</i>	
.....	58	XCOPRI MAINTENANCE		.....	63, 71
VEMLIDY .....	7	PACK .....	46	ZOLINZA.....	39
VENCLEXTA.....	38	XCOPRI TITRATION PACK		<i>zolpidem</i> .....	53
VENCLEXTA STARTING		.....	46	ZONISADE .....	46
PACK .....	38	XDEMZY .....	61	<i>zonisamide</i> .....	46
<i>venlafaxine</i> .....	52, 53	XELJANZ .....	76	<i>zovia 1-35 (28)</i> .....	58
<i>verapamil</i> .....	17	XELJANZ XR.....	76	ZTALMY .....	46
VERQUVO .....	13	XERMELO.....	38	<i>zumandimine (28)</i> .....	58
VERSACLOZ .....	53	XGEVA .....	25	ZURZUVAE.....	53
VERZENIO .....	38	XIAFLEX.....	63	ZYDELIG.....	39
<i>vestura (28)</i> .....	58	XIFAXAN .....	5	ZYKADIA.....	39
<i>vienna</i> .....	58	XIGDUO XR.....	73, 74	ZYMFENTRA.....	21
<i>vigabatrin</i> .....	46	XIIDRA .....	61	ZYNLONTA .....	39
<i>vigadrone</i> .....	46	XOLAIR.....	81	ZYNYZ.....	39
<i>vigpoder</i> .....	46	XOSPATA.....	38	ZYPREXA RELPREVV .....	53
<i>vilazodone</i> .....	53	XPOVIO.....	38		
VIMIZIM .....	71	XTANDI.....	39		

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez el 10/02/2024.

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez el 10/02/2024.

**English:** We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at **1-833-230-2020**. Someone who speaks your language can help you. This is a free service.

**Spanish:** Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-833-230-2020. Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

**Chinese Mandarin:** 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 1-833-230-2020。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

**Chinese Cantonese:** 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 1-833-230-2020。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

**Tagalog:** Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasalang-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasalang-wika, tawagan lamang kami sa 1-833-230-2020. Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

**French:** Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-833-230-2020. Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

**Vietnamese:** Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi 1-833-230-2020 sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

**German:** Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-833-230-2020. Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

**Korean:** 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 답해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-833-230-2020 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

**TTY: 1-833-711-4711 or 711**

**Russian:** Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-833-230-2020. Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

**Arabic:** إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على 1-833-230-2020. سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

**Hindi:** हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं। एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-833-230-2020 पर फोन करें। कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है। यह एक मुफ्त सेवा है।

**Italian:** È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-833-230-2020. Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

**Portuguese:** Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-833-230-2020. Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

**French Creole:** Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-833-230-2020. Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

**Polish:** Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-833-230-2020. Ta usługa jest bezpłatna.

**Japanese:** 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、1-833-230-2020にお電話ください。日本語を話す人者が支援いたします。これは無料のサービスです。

CareSource cumple con las leyes federales y estatales vigentes sobre derechos civiles. No discriminamos, ni excluimos a las personas, ni las tratamos de forma distinta debido a la edad, el género, la identidad de género, el color, la raza, una discapacidad, el origen nacional, el origen étnico, el estado civil, la preferencia sexual, la orientación sexual, la afiliación religiosa, el estado de salud o el estado de asistencia pública. CareSource ofrece ayuda y servicios gratuitos a personas con discapacidades o aquellas personas cuya lengua materna no es el inglés. Podemos obtener intérpretes de lengua de señas o de otros idiomas para que puedan comunicarse con nosotros o sus proveedores de manera efectiva. También hay materiales impresos gratuitos disponibles en letra grande, braille o audio. Si necesita alguno de estos servicios, llame a Servicios para Afiliados al número que se encuentra en su tarjeta de identificación de CareSource. Puede presentar una queja si considera que no le hemos brindado estos servicios o que discriminamos en su contra de cualquier otra manera.

Correo postal: CareSource  
Attn: Civil Rights Coordinator  
P.O. Box 1947  
Dayton, Ohio 45401

Correo electrónico: [CivilRightsCoordinator@CareSource.com](mailto:CivilRightsCoordinator@CareSource.com)  
Teléfono: 1-800-488-0134 (TTY: 711)  
Fax: 1-844-417-6254

También puede presentar una queja con la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. (U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights):

Correo postal: U.S. Dept of Health and Human Services  
200 Independence Ave, SW Room 509F HHH Building  
Washington, D.C. 20201

En línea: [ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf](http://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf)

Teléfono: 1-800-368-1019 (TTY: 1-800-537-7697)

Los formularios para quejas se encuentran disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.



ID. del formulario: 00025340, n.º de versión: 10

Este formulario se actualizó el 10/15/2024.

Para obtener información actualizada o si tiene otras preguntas, comuníquese con Servicios para Afiliados a CareSource Dual Advantage al **1-833-230-2020** o TTY **1-833-711-4711 o 711**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes, y del 1.º de octubre al 31 de marzo, durante el mismo horario los siete días de la semana, o visite **CareSource.com/DSNP**.