



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: 00025339, n.º de versión: 9

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 del formulario 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 al formulario se publican mensualmente en nuestro sitio web aquí:

CareSource.com/plans/dsnp/pharmacy/drug-formulary/.

Cambios que pueden afectarlo este año: En los casos siguientes, 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 inmediatamente agregamos nuevas restricciones.

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

Si actualmente está tomando 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 ver 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 94. 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 puedan sustituirse 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' dice qué medicamentos están cubiertos por la Parte D".

¿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 podría 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 del médico que 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 su médico tratante solicita una decisión rápida, debemos proporcionarle una decisión a más tardar 24 horas después de recibir la declaración de respaldo de su médico tratante.

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

Como afiliado nuevo o con continuidad en nuestro plan, es posible que esté tomando medicamentos que no se 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 está 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 regresan 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 1-800-351-0567 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 94.

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. Esta receta 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: NDS indica que el medicamento está limitado a un suministro de 30 días en una tienda minorista o 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. 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: Vacuna administrada 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
ANTIINFECCIOSOS		
AGENTES ANTIMICÓTICOS		
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</i>	1	MO
<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>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
<i>micafungin</i>	1	MO; NDS
<i>nystatin oral</i>	1	MO

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<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
AGENTES DE LAS VÍAS URINARIAS		
<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
ANTIINFECCIOSOS VARIOS		
<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
<i>atovaquone-proguanil</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 en 10/04/2024.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<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</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 en 10/04/2024.

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

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>tigecycline</i>	1	PA; MO; NDS
<i>tinidazole</i>	1	MO
TOBI PODHALER	1	MO; QL (224 por 56 días); NDS
<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)

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 en 10/04/2024.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>vancomycin intravenous recon soln 10 gram</i>	1	PA; QL (2 por 10 días)
<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)
VIBATIV INTRAVENOUS RECON SOLN 750 MG	1	PA; NDS
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
ANTIVÍRICOS		
<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

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<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</i>	1	MO
APTIVUS	1	MO; NDS
<i>atazanavir</i>	1	MO
BARACLUDE 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

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 en 10/04/2024.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<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
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

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
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
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

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 en 10/04/2024.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
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
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

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
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
<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

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 en 10/04/2024.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
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
XOFLUZA ORAL TABLET 40 MG, 80 MG	1	MO
<i>zidovudine oral capsule</i>	1	MO
<i>zidovudine oral syrup</i>	1	MO
<i>zidovudine oral tablet</i>	1	MO
CEFALOSPORINAS		
<i>cefaclor oral capsule</i>	1	MO
<i>cefaclor 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

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<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
<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

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 en 10/04/2024.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<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
<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
ERITROMICINAS/OTROS MACRÓLIDOS		
<i>azithromycin intravenous</i>	1	PA; MO
<i>azithromycin oral packet</i>	1	MO

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<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</i>	1	MO
DIFICID ORAL TABLET	1	MO; QL (20 por 10 días); NDS
<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
PENICILINAS		
<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

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 en 10/04/2024.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<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
<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

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
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
<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

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 en 10/04/2024.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
PENICILLIN G POT IN DEXTROSE INTRAVENOUS PIGGYBACK 2 MILLION UNIT/50 ML, 3 MILLION UNIT/50 ML	1	PA
<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
QUINOLONAS		
<i>ciprofloxacin hcl oral tablet 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>	1	MO
<i>ciprofloxacin in 5 % dextrose</i>	1	PA; MO
<i>ciprofloxacin oral suspension, microcapsule recon 500 mg/5 ml</i>	1	

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<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
SULFAMIDAS/AGENTES RELACIONADOS		
<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
TETRACICLINAS		
<i>demeclocycline</i>	1	MO
<i>doxy-100</i>	1	PA; MO
<i>doxycycline hyclate intravenous</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 en 10/04/2024.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>doxycycline hyclate oral capsule</i>	1	MO
<i>doxycycline hyclate oral tablet 100 mg, 20 mg, 50 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>mondoxyne nl oral capsule 100 mg</i>	1	
<i>tetracycline oral capsule</i>	1	MO
CARDIOVASCULARES, HIPERTENSIÓN/LÍPIDOS		
AGENTES ANTIARRÍTMICOS		
<i>adenosine</i>	1	
<i>amiodarone intravenous solution</i>	1	B/D PA; MO
<i>amiodarone oral tablet 100 mg, 200 mg</i>	1	MO

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<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
MULTAQ	1	MO
<i>pacerone oral tablet 100 mg, 200 mg, 400 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
AGENTES CARDIOVASCULARES VARIOS		
<i>digoxin oral solution</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 en 10/04/2024.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<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)

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

AGENTES PARA REDUCIR LOS LÍPIDOS/EL COLESTEROL

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

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 en 10/04/2024.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>fenofibrate micronized oral capsule 134 mg, 200 mg, 43 mg, 67 mg</i>	1	MO
<i>fenofibrate nanocrystallized</i>	1	MO
<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)
NEXLETOL	1	PA; MO
NEXLIZET	1	PA; MO
<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)

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<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)
<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

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 en 10/04/2024.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<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
<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

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<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
<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)
EDARBI	1	MO
EDARBYCLOR	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 en 10/04/2024.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<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>eplerenone</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
<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
<i>isosorbide-hydralazine</i>	1	MO; QL (180 por 30 días)
<i>isradipine</i>	1	

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
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
<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

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 en 10/04/2024.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<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
<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

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<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>trandolapril-verapamil</i>	1	MO
<i>treprostinil sodium</i>	1	PA; MO; LA; NDS
<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

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 en 10/04/2024.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<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
TRATAMIENTO DE COAGULACIÓN		
<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
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)

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<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)
<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)

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 en 10/04/2024.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<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
<i>heparin (porcine) injection solution</i>	1	MO
<i>heparin (porcine) injection syringe 5,000 unit/ml</i>	1	MO

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
HEPARIN(PORCINE) IN 0.45% NACL 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
PROMACTA	1	PA; MO; LA; NDS
<i>protamine</i>	1	
<i>warfarin</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 en 10/04/2024.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
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
CIMZIA POWDER FOR RECONST	1	PA; MO; QL (2 por 28 días); NDS
CIMZIA STARTER KIT	1	PA; MO; QL (3 por 180 días); NDS

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
CIMZIA SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 400 MG/2 ML (200 MG/ML X 2)	1	PA; MO; QL (2 por 28 días); NDS
CINVANTI	1	MO
<i>compro</i>	1	MO
<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

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 en 10/04/2024.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<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
<i>hydrocortisone topical cream with perineal applicator</i>	1	MO
<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	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

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<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
<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
OCALIVA	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

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 en 10/04/2024.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<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
<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
REMICADE	1	PA; MO; QL (20 por 28 días); NDS
SANCUSO	1	MO; NDS
<i>scopolamine base</i>	1	MO
SKYRIZI INTRAVENOUS	1	PA; MO; QL (30 por 180 días); NDS

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
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
<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
VIBERZI	1	MO; QL (60 por 30 días); NDS
VOWST	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 en 10/04/2024.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
ZENPEP ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 10,000-32,000 - 42,000 UNIT, 15,000-47,000 - 63,000 UNIT, 20,000-63,000-84,000 UNIT, 25,000-79,000-105,000 UNIT, 3,000-10,000 - 14,000-UNIT, 40,000-126,000-168,000 UNIT, 5,000-17,000-24,000 UNIT	1	MO

ZENPEP ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 60,000-189,600-252,600 UNIT	1	MO; NDS
--	---	---------

ZYMFENTRA	1	PA; MO; QL (2 por 28 días); NDS
-----------	---	---------------------------------

ANTIDIARREICOS/ANTIESPASMÓDICOS

<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	

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>dicyclomine intramuscular</i>	1	MO
<i>dicyclomine oral capsule</i>	1	MO
<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
-----------------------	---	----

TRATAMIENTO DE ÚLCERAS

<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
---	---	----

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 en 10/04/2024.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>famotidine (pf)</i>	1	MO
<i>famotidine (pf)-nacl (iso-os)</i>	1	MO
<i>famotidine intravenous</i>	1	MO
<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>nizatidine oral capsule</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

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
IMMUNOLOGÍA, VACUNAS/BIOTECNOLOGÍA		
MEDICAMENTOS BIOTECNOLÓGICOS		
ACTIMMUNE	1	PA; MO; NDS
ARCALYST	1	PA; NDS
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
FULPHILA	1	PA; MO; 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
PLEGRIDY INTRAMUSCULAR	1	PA; MO; QL (1 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 en 10/04/2024.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
PLEGRIDY SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 125 MCG/0.5 ML	1	PA; MO; QL (1 por 28 días); NDS
PLEGRIDY SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 63 MCG/0.5 ML- 94 MCG/0.5 ML	1	PA; MO; QL (1 por 180 días); NDS
PLEGRIDY SUBCUTANEOUS SYRINGE 125 MCG/0.5 ML	1	PA; MO; QL (1 por 28 días); NDS
PLEGRIDY SUBCUTANEOUS SYRINGE 63 MCG/0.5 ML- 94 MCG/0.5 ML	1	PA; MO; QL (1 por 180 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
PROCRIT INJECTION SOLUTION 20,000 UNIT/ML, 40,000 UNIT/ML	1	PA; MO; NDS
RELEUKO SUBCUTANEOUS	1	PA; MO; NDS

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
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
VACUNAS/AGENTES INMUNOLÓGICOS VARIOS		
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
<i>fomepizole</i>	1	
GAMASTAN	1	MO
GARDASIL 9 (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 en 10/04/2024.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
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	
IPOL	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
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF)	1	V
M-M-R II (PF)	1	V

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
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
TETANUS, DIPHTHERIA TOX PED (PF)	1	
TICE BCG	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 en 10/04/2024.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
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

MEDICAMENTOS ANTINEOPLÁSICOS/INMUNODEPRESORES

AGENTES COADYUVANTES

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<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

MEDICAMENTOS ANTINEOPLÁSICOS/INMUNODEPRESORES

<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
ADCETRIS	1	B/D PA; MO; NDS
ADSTILADRIN	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 en 10/04/2024.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
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
<i>azacitidine</i>	1	B/D PA; MO; NDS
<i>azathioprine oral tablet 50 mg</i>	1	B/D PA; MO

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<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
BOSULIF ORAL TABLET 100 MG	1	PA; MO; QL (90 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 en 10/04/2024.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
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
<i>clofarabine</i>	1	B/D PA; NDS
COLUMVI	1	PA; MO; NDS

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
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
<i>cyclosporine oral capsule</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 en 10/04/2024.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
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

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 en 10/04/2024.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
ENVARUSUS XR	1	B/D PA; MO
<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

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>everolimus (antineoplastic) oral tablet for suspension 3 mg</i>	1	PA; MO; QL (240 por 30 días); NDS
<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

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 en 10/04/2024.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<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
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

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<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
<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

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 en 10/04/2024.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<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
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

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
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
<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

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 en 10/04/2024.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
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
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

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<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
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

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 en 10/04/2024.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
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
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

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<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
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

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 en 10/04/2024.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
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
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

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<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
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

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 en 10/04/2024.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
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
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

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<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
<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

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 en 10/04/2024.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
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
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

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
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
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, EXTENDED RELEASE 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

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 en 10/04/2024.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
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
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

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
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
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

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 en 10/04/2024.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
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
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

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
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
<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

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 en 10/04/2024.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
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
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

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
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

MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO AUTÓNOMO/CENTRAL, NEUROLOGÍA/PSIC.

AGENTES ANTIPARKINSONIANOS

<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

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 en 10/04/2024.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<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>ropinirole oral tablet extended release 24 hr</i>	1	MO
<i>selegiline hcl</i>	1	MO
<i>trihexyphenidyl oral tablet</i>	1	MO
ANALGÉSICOS NARCÓTICOS		
<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)

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
BELBUCA	1	PA; MO; QL (60 por 30 días)
<i>buprenorphine hcl injection syringe</i>	1	
<i>buprenorphine hcl sublingual</i>	1	MO
<i>buprenorphine transdermal patch</i>	1	PA; MO; QL (4 por 28 días)
<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)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral solution 7.5-325 mg/15 ml</i>	1	MO; QL (5550 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 en 10/04/2024.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<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	
<i>methadone intensol</i>	1	PA; MO; QL (90 por 30 días)

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<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
<i>morphine intravenous syringe 10 mg/ml, 2 mg/ml, 4 mg/ml</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 en 10/04/2024.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<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)
OXYCONTIN, ORAL ONLY, EXT.REL.12 HR 10 MG, 15 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG, 60 MG	1	PA; MO; QL (90 por 30 días)
OXYCONTIN, ORAL ONLY, EXT.REL.12 HR 80 MG	1	PA; MO; QL (60 por 30 días); NDS

ANALGÉSICOS NO NARCÓTICOS

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<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)
<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>diclofenac-misoprostol</i>	1	MO
<i>diflunisal</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 en 10/04/2024.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>etodolac oral capsule</i>	1	MO
<i>etodolac oral tablet</i>	1	MO
<i>etodolac oral tablet extended release 24 hr</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
<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

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>naproxen sodium oral tablet 275 mg, 550 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
ZUBSOLV SUBLINGUAL TABLET 0.7-0.18 MG, 1.4-0.36 MG, 11.4-2.9 MG, 2.9-0.71 MG, 5.7-1.4 MG	1	MO; QL (30 por 30 días)
ZUBSOLV SUBLINGUAL TABLET 8.6-2.1 MG	1	MO; QL (60 por 30 días)
ANTICONVULSIVANTES		
APTIOM ORAL TABLET 200 MG	1	MO; QL (180 por 30 días); NDS
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)

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 en 10/04/2024.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
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)
<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)

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<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)
FYCOMPA ORAL TABLET 4 MG, 6 MG	1	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 en 10/04/2024.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<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>gabapentin oral tablet extended release 24 hr 300 mg</i>	1	PA; MO; QL (30 por 30 días)
<i>gabapentin oral tablet extended release 24 hr 600 mg</i>	1	PA; MO; QL (90 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

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>lamotrigine oral tablet, disintegrating</i>	1	MO
<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

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 en 10/04/2024.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>phenobarbital oral tablet 100 mg, 15 mg, 30 mg, 60 mg</i>	1	PA
<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)

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>pregabalin oral solution</i>	1	MO; QL (900 por 30 días)
PRIMIDONE ORAL TABLET 125 MG	1	MO
<i>primidone oral tablet 250 mg, 50 mg</i>	1	MO
<i>roweepira 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

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 en 10/04/2024.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>valproic acid (as sodium salt) oral solution 250 mg/5 ml</i>	1	MO
<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)

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
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
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

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 en 10/04/2024.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<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
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)

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<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)
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>bupirone</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

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 en 10/04/2024.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<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)
<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)

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<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)
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)
<i>eszopiclone</i>	1	MO; QL (30 por 30 días)
FANAPT ORAL TABLET	1	ST; 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 en 10/04/2024.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
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)
<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	

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<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
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

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 en 10/04/2024.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
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
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)

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<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
<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)

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 en 10/04/2024.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<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)
<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)

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>paroxetine hcl oral tablet extended release 24 hr</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)
<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)

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 en 10/04/2024.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<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)
<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

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
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>tranylcypromine</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
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

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 en 10/04/2024.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
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)
<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)

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<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)
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

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 en 10/04/2024.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
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		
AIMOVIG AUTOINJECTOR	1	PA; MO; QL (1 por 30 días)
<i>dihydroergotamine injection</i>	1	NDS
<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

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>naratriptan</i>	1	MO; QL (18 por 28 días)
NURTEC ODT	1	PA; QL (16 por 30 días)
QULIPTA	1	PA; MO; QL (30 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)
<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)

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 en 10/04/2024.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
UBRELVY	1	PA; QL (20 por 30 días)

TRATAMIENTO NEUROLÓGICO DIVERSOS

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 23 mg</i>	1	MO
<i>donepezil oral tablet, disintegrating</i>	1	MO
<i>fingolimod</i>	1	PA; MO; QL (30 por 30 días); NDS
<i>galantamine oral capsule, ext rel. pellets 24 hr</i>	1	MO

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<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
INGREZZA	1	PA; LA; QL (30 por 30 días); NDS
INGREZZA INITIATION PK(TARDIV)	1	PA; LA; QL (28 por 180 días); NDS
INGREZZA SPRINKLE	1	PA; LA; QL (30 por 30 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

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 en 10/04/2024.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
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
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
VUMERITY	1	PA; MO; QL (120 por 30 días); NDS
ZEPOSIA	1	PA; MO; QL (30 por 30 días); NDS
ZEPOSIA STARTER KIT (28-DAY)	1	PA; MO; QL (28 por 180 días); NDS
ZEPOSIA STARTER PACK (7-DAY)	1	PA; MO; QL (7 por 180 días); NDS

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
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
<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

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 en 10/04/2024.

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

<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

ANTICONCEPTIVOS ORALES/AGENTES RELACIONADOS

<i>altavera (28)</i>	1	MO
----------------------	---	----

<i>alyacen 1/35 (28)</i>	1	MO
--------------------------	---	----

<i>alyacen 7/7/7 (28)</i>	1	MO
---------------------------	---	----

<i>amethyst (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>camrese</i>	1	MO
----------------	---	----

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

<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>daysee</i>	1	MO
---------------	---	----

<i>desog-e.estradiol/e.estradiol</i>	1	
--------------------------------------	---	--

<i>desogestrel-ethinyl estradiol</i>	1	
--------------------------------------	---	--

<i>drospirenone-e.estradiol-lm.fa oral tablet 3-0.03-0.451 mg (21) (7)</i>	1	MO
--	---	----

<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>elinest</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
---------------------	---	----

<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	
----------------	---	--

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 en 10/04/2024.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<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>l norgest/e.estradiol-e.estradiol oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-20 mcg/ 0.15 mg-25 mcg</i>	1	MO
<i>larin 1.5/30 (21)</i>	1	MO
<i>larin 1/20 (21)</i>	1	MO
<i>larin 24 fe</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

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 en 10/04/2024.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>nortrel 0.5/35 (28)</i>	1	MO
<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>philith</i>	1	MO
<i>pimtreea (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>viorele (28)</i>	1	MO
<i>wera (28)</i>	1	MO

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>zovia 1-35 (28)</i>	1	MO
<i>zumandimine (28)</i>	1	MO
ESTRÓGENOS/PROGESTINAS		
<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)
DUAVEE	1	MO
<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</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
IMVEXXY MAINTENANCE PACK	1	MO
IMVEXXY STARTER PACK	1	MO
<i>incassia</i>	1	MO
<i>jencycla</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 en 10/04/2024.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<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
<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
PREMARIN ORAL	1	MO
PREMARIN VAGINAL	1	MO
PREMPHASE	1	MO
PREMPRO	1	MO
<i>progesterone</i>	1	MO
<i>progesterone micronized</i>	1	MO
<i>sharobel</i>	1	MO
<i>yuvafem</i>	1	

OXITÓCICOS

<i>methylergonovine oral</i>	1	PA
------------------------------	---	----

PRODUCTOS OBSTÉTRICOS/GINECOLÓGICOS VARIOS

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<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	
<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

OFTALMOLOGÍA

AGENTES ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS

<i>bromfenac</i>	1	MO
<i>diclofenac sodium ophthalmic (eye)</i>	1	MO
<i>flurbiprofen sodium</i>	1	MO
<i>ketorolac ophthalmic (eye)</i>	1	MO

AGENTES SIMPATICOMIMÉTICOS

<i>apraclonidine</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 en 10/04/2024.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>brimonidine ophthalmic (eye) drops 0.1 %, 0.15 %</i>	1	MO
<i>brimonidine ophthalmic (eye) drops 0.2 %</i>	1	MO
ANTIBIÓTICOS		
<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>gatifloxacin</i>	1	MO
<i>gentamicin ophthalmic (eye) drops</i>	1	MO; QL (70 por 30 días)
<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	

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<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)
ANTIVÍRICOS		
<i>trifluridine</i>	1	MO
ZIRGAN	1	MO
BETABLOQUEANTES		
<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
<i>timolol maleate ophthalmic (eye) gel forming solution</i>	1	MO
COMBINACIONES DE ESTEROIDES-ANTIBIÓTICOS		
<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	

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 en 10/04/2024.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
TOBRADEX OPTHALMIC (EYE) OINTMENT	1	MO; QL (3.5 por 14 días)
<i>tobramycin-dexamethasone</i>	1	MO; QL (10 por 14 días)
ESTEROIDES		
<i>dexamethasone sodium phosphate ophthalmic (eye)</i>	1	MO
<i>fluorometholone</i>	1	MO
INVELTYS	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
MEDICAMENTOS ORALES PARA EL GLAUCOMA		
<i>acetazolamide</i>	1	MO
<i>acetazolamide sodium</i>	1	MO
<i>methazolamide</i>	1	MO
OTROS MEDICAMENTOS PARA EL GLAUCOMA		
<i>dorzolamide</i>	1	
<i>dorzolamide-timolol</i>	1	MO
<i>latanoprost</i>	1	MO
LUMIGAN OPTHALMIC (EYE) DROPS 0.01 %	1	MO

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>miostat</i>	1	
RHOPRESSA	1	
ROCKLATAN	1	
SIMBRINZA	1	MO
<i>travoprost</i>	1	MO
PRODUCTOS OFTALMOLÓGICOS VARIOS		
<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
MIEBO (PF)	1	MO; QL (12 por 30 días)
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	

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 en 10/04/2024.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>sulfacetamide-prednisolone</i>	1	MO
XDEMZY	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
<i>cevimeline</i>	1	MO
CHEMET	1	PA

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
CLINIMIX 4.25%/D5W SULFIT FREE	1	B/D PA
<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 granules in packet</i>	1	PA; MO; NDS
<i>deferasirox oral tablet 180 mg, 360 mg</i>	1	PA; MO; NDS
<i>deferasirox oral tablet 90 mg</i>	1	PA; MO
<i>deferasirox oral tablet, dispersible 125 mg</i>	1	PA; MO
<i>deferasirox oral tablet, dispersible 250 mg, 500 mg</i>	1	PA; MO; NDS
<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

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 en 10/04/2024.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<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
<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

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
REZDIFFRA	1	PA; MO; QL (30 por 30 días); NDS
<i>riluzole</i>	1	PA; MO
<i>risedronate oral tablet 30 mg</i>	1	MO; QL (30 por 30 días)
<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
<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
VELTASSA ORAL POWDER IN PACKET 16.8 GRAM, 8.4 GRAM	1	MO
VELTASSA ORAL POWDER IN PACKET 25.2 GRAM	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 en 10/04/2024.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<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
ANTÍDOTOS		
<i>acetylcysteine intravenous</i>	1	
SOLUCIONES DE IRRIGACIÓN		
<i>lactated ringers irrigation</i>	1	
<i>neomycin-polymyxin b gu</i>	1	
<i>ringer's irrigation</i>	1	MO
PRODUCTOS DERMATOLÓGICOS/TRATAMIENTO TÓPICO		
ANTIBACTERIANOS TÓPICOS		
<i>gentamicin topical</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
ANTIMICÓTICOS TÓPICOS		
<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)

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<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)
<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)

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 en 10/04/2024.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<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
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

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
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
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

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 en 10/04/2024.

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

<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
<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

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

<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
<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)

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 en 10/04/2024.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>fluticasone propionate topical cream</i>	1	MO
<i>fluticasone propionate topical ointment</i>	1	MO
<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
<i>triderm topical cream</i>	1	

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
ESCABICIDAS/PEDICULICIDAS TÓPICOS		
<i>malathion</i>	1	MO
<i>permethrin</i>	1	MO; QL (60 por 30 días)
PRODUCTOS DERMATOLÓGICOS VARIOS		
ADBRY SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR	1	PA; QL (6 por 28 días); NDS
ADBRY SUBCUTANEOUS SYRINGE	1	PA; MO; QL (6 por 28 días); NDS
<i>ammonium lactate</i>	1	MO
<i>chloroprocaine (pf)</i>	1	
CIBINQO	1	PA; MO; QL (30 por 30 días); NDS
<i>dermacinrx lidocan</i>	1	PA; QL (90 por 30 días)
<i>diclofenac sodium topical gel 3 %</i>	1	PA; MO; QL (100 por 28 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

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 en 10/04/2024.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
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
<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)

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<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)
<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

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 en 10/04/2024.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<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
TRATAMIENTO DEL ACNÉ		
<i>accutane</i>	1	
<i>amnesteem</i>	1	
<i>azelaic acid</i>	1	MO
<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

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<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	
SISTEMA ENDOCRINO/DIABETES		
AGENTES ANTITIROIDEOS		
<i>methimazole oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	MO
<i>propylthiouracil</i>	1	MO
HORMONAS SUPRARRENALES		
<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

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 en 10/04/2024.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<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
<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

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<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 acetonide injection suspension 40 mg/ml</i>	1	MO
HORMONAS TIROIDEAS		
<i>euthyrox</i>	1	MO
<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
HORMONAS VARIAS		
<i>ALDURAZYME</i>	1	PA; MO; NDS
<i>cabergoline</i>	1	MO
<i>calcitonin (salmon) injection</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 en 10/04/2024.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<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
CRYSVITA	1	PA; MO; LA; NDS
<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

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
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
STRENSIQ	1	PA; LA; NDS
<i>testosterone cypionate intramuscular oil 100 mg/ml, 200 mg/ml</i>	1	PA; MO
<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)

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 en 10/04/2024.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<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
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
TRATAMIENTO DE LA DIABETES		
<i>acarbose oral tablet 100 mg</i>	1	MO; QL (90 por 30 días)

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<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
BAQSIMI	1	MO
BYDUREON BCISE	1	PA; MO; QL (4 por 28 días)
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)
<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)

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 en 10/04/2024.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<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)
GLYXAMBI	1	MO; QL (30 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
GVOKE HYPOPEN 2-PACK	1	MO
GVOKE PFS 1-PACK SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 1 MG/0.2 ML	1	MO

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
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
HUMULIN R REGULAR U-100 INSULN	1	MO
HUMULIN R U-500 (CONC) INSULIN	1	MO
HUMULIN R U-500 (CONC) KWIKPEN	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 en 10/04/2024.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
INPEFA	1	PA; MO; QL (30 por 30 días)
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)
JENTADUETO	1	MO; QL (60 por 30 días)
JENTADUETO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 2.5-1,000 MG	1	MO; QL (60 por 30 días)
JENTADUETO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 5-1,000 MG	1	MO; QL (30 por 30 días)
LANTUS SOLOSTAR U-100 INSULIN	1	MO
LANTUS U-100 INSULIN	1	MO

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
LYUMJEV KWIKPEN U-100 INSULIN	1	MO
LYUMJEV KWIKPEN U-200 INSULIN	1	MO
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)

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 en 10/04/2024.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<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)
RYBELSUS	1	PA; MO; QL (30 por 30 días)
<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)
SEGLUROMET ORAL TABLET 2.5-1,000 MG, 7.5-1,000 MG, 7.5-500 MG	1	MO; QL (60 por 30 días)
SEGLUROMET ORAL TABLET 2.5-500 MG	1	MO; QL (120 por 30 días)
SOLIQUA 100/33	1	MO; QL (90 por 30 días)
STEGLATRO	1	MO; QL (30 por 30 días)
SYMLINPEN 120	1	PA; MO; QL (10.8 por 30 días); NDS

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
SYMLINPEN 60	1	PA; MO; QL (6 por 30 días); NDS
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
TRADJENTA	1	MO; QL (30 por 30 días)
TRIJARDY XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 10-5-1,000 MG, 25-5-1,000 MG	1	MO; QL (30 por 30 días)
TRIJARDY XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 12.5-2.5-1,000 MG, 5-2.5-1,000 MG	1	MO; QL (60 por 30 días)
TRULICITY	1	PA; MO; QL (2 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 en 10/04/2024.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
XIGDUO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 10-1,000 MG, 10-500 MG	1	MO; QL (30 por 30 días)

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
------------------------------	---	------------------------------

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
CYLTEZO(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 10 MG/0.2 ML, 20 MG/0.4 ML	1	PA; MO; QL (2 por 28 días); NDS

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
---	---	---------------------------------

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 en 10/04/2024.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
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
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 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 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 NDCS STARTING WITH 00074)	1	PA; MO; QL (3 por 180 días); NDS

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
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 NDCS STARTING WITH 00074)	1	PA; MO; QL (3 por 180 días); NDS
<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

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 en 10/04/2024.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
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
<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
SAVELLA ORAL TABLET	1	QL (60 por 30 días)
SAVELLA ORAL TABLETS,DOSE PACK	1	QL (55 por 180 días)
TYENNE AUTOINJECTOR	1	PA; QL (3.6 por 28 días); NDS

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
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
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

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 en 10/04/2024.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<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 solution</i>	1	MO; QL (300 por 28 días)
<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)
<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
<i>risedronate oral tablet 150 mg</i>	1	MO; QL (1 por 30 días)

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>risedronate oral tablet 35 mg, 35 mg (12 pack), 35 mg (4 pack)</i>	1	MO; QL (4 por 28 días)
<i>risedronate oral tablet 5 mg</i>	1	MO; QL (30 por 30 días)
<i>risedronate oral tablet, delayed release (dr/ec)</i>	1	MO; QL (4 por 28 días)
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

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 en 10/04/2024.

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
ADVAIR HFA	1	MO; QL (12 por 30 días)
<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)

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
ALVESCO INHALATION HFA AEROSOL INHALER 160 MCG/ACTUATION	1	MO; QL (12.2 por 30 días)
ALVESCO INHALATION HFA AEROSOL INHALER 80 MCG/ACTUATION	1	MO; QL (6.1 por 30 días)
<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)

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 en 10/04/2024.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
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)
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)
BEVESPI AEROSPHERE	1	MO; QL (10.7 por 30 días)
<i>bosentan</i>	1	PA; MO; LA; QL (60 por 30 días); NDS
BREO ELLIPTA	1	MO; QL (60 por 30 días)

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>brey-na</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
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)
ELIXOPHYLLIN	1	
FASENRA PEN	1	PA; MO; QL (1 por 28 días); NDS
FASENRA SUBCUTANEOUS SYRINGE 10 MG/0.5 ML	1	PA; MO; QL (0.5 por 28 días); NDS
FASENRA SUBCUTANEOUS SYRINGE 30 MG/ML	1	PA; MO; QL (1 por 28 días); NDS
<i>flunisolide</i>	1	MO; QL (50 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 en 10/04/2024.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
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
<i>ipratropium-albuterol</i>	1	B/D PA; MO
KALYDECO	1	PA; MO; QL (56 por 28 días); NDS
<i>mometasone nasal</i>	1	MO; QL (34 por 30 días)

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>montelukast oral granules in packet</i>	1	MO
<i>montelukast oral tablet</i>	1	MO
<i>montelukast oral tablet, chewable</i>	1	MO
NUCALA SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR	1	PA; MO; LA; QL (3 por 28 días); NDS
NUCALA SUBCUTANEOUS RECON SOLN	1	PA; MO; LA; QL (3 por 28 días); NDS
NUCALA SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/ML	1	PA; MO; LA; QL (3 por 28 días); NDS
NUCALA SUBCUTANEOUS SYRINGE 40 MG/0.4 ML	1	PA; MO; LA; QL (0.4 por 28 días); NDS
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

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 en 10/04/2024.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<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
PULMICORT FLEXHALER INHALATION AEROSOL POWDR BREATH ACTIVATED 180 MCG/ACTUATION	1	MO; QL (2 por 30 días)
PULMICORT FLEXHALER INHALATION AEROSOL POWDR BREATH ACTIVATED 90 MCG/ACTUATION	1	MO; QL (1 por 30 días)
PULMOZYME	1	B/D PA; MO; NDS
QVAR REDIHALER INHALATION HFA AEROSOL BREATH ACTIVATED 40 MCG/ACTUATION	1	QL (10.6 por 30 días)

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
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
<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

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 en 10/04/2024.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<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
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)

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
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

SUMINISTROS DIVERSOS

SUMINISTROS DIVERSOS

BD INSULIN SYRINGE	1	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 en 10/04/2024.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
BD INSULIN 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)

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

UROLÓGICOS

AGENTES UROLÓGICOS VARIOS

<i>bethanechol chloride</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 en 10/04/2024.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
CYSTAGON	1	PA; LA
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)
ANTICOLINÉRGICOS/ANTIESPASMÓDICOS		
<i>mirabegron</i>	1	MO
MYRBETRIQ ORAL SUSPENSION, EXTENDED RELEASE 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

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>oxybutynin chloride oral tablet extended release 24hr</i>	1	MO
<i>solifenacin</i>	1	MO
<i>tolterodine</i>	1	MO
<i>trospium oral tablet</i>	1	MO
TRATAMIENTO DE LA HIPERPLASIA PROSTÁTICA BENIGNA (BPH)		
<i>alfuzosin</i>	1	MO
<i>dutasteride</i>	1	MO
<i>dutasteride-tamsulosin</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	

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 en 10/04/2024.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<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
<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 chlorid-d5-0.45%nacl</i>	1	
<i>potassium chloride in 0.9%nacl intravenous parenteral solution 20 meq/l, 40 meq/l</i>	1	

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<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	
<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

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 en 10/04/2024.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>potassium chloride oral tablet, er particles/crystals 15 meq, 20 meq</i>	1	
<i>potassium chloride-0.45 % nacl</i>	1	
<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
PRODUCTOS NUTRICIONALES VARIOS		
CLINIMIX 5%/D15W SULFITE FREE	1	B/D PA

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
CLINIMIX 4.25%/D10W SULF FREE	1	B/D PA
CLINIMIX 5%-D20W(SULFITE-FREE)	1	B/D PA
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	
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
VITAMINAS/HEMATÍNICOS		
<i>fluoride (sodium) oral tablet</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 en 10/04/2024.

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<i>fluoride (sodium) oral tablet, chewable 1 mg (2.2 mg sod. fluoride)</i>	1	MO

Nombre Del Medicamento	Nivel De Medicamento	Requisitos/Límites
<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 en 10/04/2024.

Index

A		
<i>abacavir</i>	5	<i>amoxicillin</i>
<i>abacavir-lamivudine</i>	5	<i>amoxicillin-pot clavulanate</i> ..
ABELCET.....	2	<i>amphotericin b</i>
ABILIFY ASIMTUFII.....	49	<i>ampicillin</i>
ABILIFY MAINTENA.....	49	<i>ampicillin sodium</i>
<i>abiraterone</i>	27	<i>ampicillin-sulbactam</i>
ABRAXANE.....	27	<i>anagrelide</i>
ABRYSVO (PF).....	25	<i>anastrozole</i>
<i>acamprosate</i>	66	ANKTIVA.....
<i>acarbose</i>	76	<i>apraclonidine</i>
<i>accutane</i>	73	<i>aprepitant</i>
<i>acebutolol</i>	15	<i>apri</i>
<i>acetaminophen-codeine</i>	42	APTIOM.....
<i>acetazolamide</i>	65	APTIVUS.....
<i>acetazolamide sodium</i>	65	<i>aranelle (28)</i>
<i>acetic acid</i>	60, 66	ARCALYST.....
<i>acetylcysteine</i>	68, 84	AREXVY (PF).....
<i>acitretin</i>	69	<i>arformoterol</i>
ACTEMRA.....	80	ARIKAYCE.....
ACTEMRA ACTPEN.....	80	<i>aripiprazole</i>
ACTHIB (PF).....	25	ARISTADA.....
ACTIMMUNE.....	24	ARISTADA INITIO.....
<i>acyclovir</i>	5, 70	<i>armodafinil</i>
<i>acyclovir sodium</i>	5	<i>arsenic trioxide</i>
ADACEL(TDAP		<i>asenapine maleate</i>
ADOLESN/ADULT)(PF)	25	ASMANEX HFA.....
ADBRY.....	71	ASMANEX TWISTHALER
ADCETRIS.....	27	ASPARLAS.....
<i>adefovir</i>	5	<i>aspirin-dipyridamole</i>
ADEMPAS.....	84	<i>atazanavir</i>
<i>adenosine</i>	12	<i>atenolol</i>
<i>adrenalin</i>	83	<i>atenolol-chlorthalidone</i>
ADSTILADRIN.....	27	<i>atomoxetine</i>
ADVAIR HFA.....	84	<i>atorvastatin</i>
AIMOVIG AUTOINJECTOR		<i>atovaquone</i>
.....	57	<i>atovaquone-proguanil</i>
AKEEGA.....	28	<i>atropine</i>
<i>ala-cort</i>	70	ATROVENT HFA.....
<i>albendazole</i>	2	<i>aubra eq</i>
<i>albumin, human 25 %</i>	90	AUGMENTIN.....
<i>alburx (human) 25 %</i>	90	AUGTYRO.....
<i>alburx (human) 5 %</i>	90	AUVELITY.....
<i>albutein 25 %</i>	90	
<i>albutein 5 %</i>	90	
<i>albuterol sulfate</i>	84	
<i>alclometasone</i>	70	
<i>alcohol pads</i>	76	
ALDURAZYME.....	74	
ALECENSA.....	28	
<i>alendronate</i>	83	
<i>alfuzosin</i>	90	
ALIQOPA.....	28	
<i>aliskiren</i>	15	
<i>allopurinol</i>	83	
<i>allopurinol sodium</i>	83	
<i>aloprim</i>	83	
<i>alosetron</i>	20	
<i>altavera (28)</i>	60	
ALUNBRIG.....	28	
ALVESCO.....	84	
<i>alyacen 1/35 (28)</i>	60	
<i>alyacen 7/7/7 (28)</i>	60	
<i>alyq</i>	84	
<i>amantadine hcl</i>	5	
<i>ambrisentan</i>	84	
<i>amethyst (28)</i>	60	
<i>amikacin</i>	2	
<i>amiloride</i>	15	
<i>amiloride-hydrochlorothiazide</i>		
.....	15	
<i>aminocaproic acid</i>	18	
<i>amiodarone</i>	12	
<i>amitriptyline</i>	49	
<i>amlodipine</i>	15	
<i>amlodipine-atorvastatin</i>	13	
<i>amlodipine-benazepril</i>	15	
<i>amlodipine-olmesartan</i>	15	
<i>amlodipine-valsartan</i>	15	
<i>amlodipine-valsartan-hcthiazid</i>		
.....	15	
<i>ammonium lactate</i>	71	
<i>amnestem</i>	73	
<i>amoxapine</i>	49	

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 en 10/04/2024.

<i>aviane</i>	60	BEXSERO.....	25	CABOMETYX.....	29
AVONEX	24	<i>bicalutamide</i>	28	<i>caffeine citrate</i>	66
AYVAKIT.....	28	BICILLIN L-A	10	<i>calcipotriene</i>	69
<i>azacitidine</i>	28	BIKTARVY	5	<i>calcitonin (salmon)</i>	74, 75
<i>azathioprine</i>	28	<i>bisoprolol fumarate</i>	15	<i>calcitriol</i>	75
<i>azathioprine sodium</i>	28	<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide</i>		<i>calcium chloride</i>	90
<i>azelaic acid</i>	73	.....	15	<i>calcium gluconate</i>	90
<i>azelastine</i>	59, 65	<i>bleomycin</i>	28	CALQUENCE.....	29
<i>azithromycin</i>	9	BLINCYTO.....	28	CALQUENCE	
<i>aztreonam</i>	3	BOOSTRIX TDAP.....	25	(ACALABRUTINIB MAL)	
<i>azurette (28)</i>	60	<i>bortezomib</i>	28	.....	29
B		BORTEZOMIB.....	28	<i>camila</i>	62
<i>bacitracin</i>	64	<i>bosentan</i>	85	<i>camrese</i>	60
<i>bacitracin-polymyxin b</i>	64	BOSULIF	28, 29	<i>candesartan</i>	15
<i>baclofen</i>	57	BRAFTOVI.....	29	<i>candesartan-</i>	
<i>balsalazide</i>	20	BREO ELLIPTA	85	<i>hydrochlorothiazid</i>	15
BALVERSA.....	28	<i>breyna</i>	85	CAPLYTA.....	50
BAQSIMI	76	BREZTRI AEROSPHERE..	85	CAPRELSA.....	29
BARACLUDE	5	BRILINTA	18	<i>captopril</i>	15
BAVENCIO	28	<i>brimonidine</i>	64	<i>captopril-hydrochlorothiazide</i>	
BCG VACCINE, LIVE (PF) 25		BRIUMVI.....	58	.....	15
BD INSULIN SYRINGE	88,	BRIVIACT	45, 46	<i>carbamazepine</i>	46
89		<i>bromfenac</i>	63	<i>carbidopa</i>	41
BD PEN NEEDLE	89	<i>bromocriptine</i>	41	<i>carbidopa-levodopa</i>	41, 42
BELBUCA	42	BRUKINSA.....	29	<i>carbidopa-levodopa-</i>	
BELEODAQ	28	<i>bss</i>	65	<i>entacapone</i>	42
BELSOMRA	50	<i>budesonide</i>	20, 85	<i>carboplatin</i>	29
<i>benazepril</i>	15	<i>budesonide-formoterol</i>	85	<i>carglumic acid</i>	66
<i>benazepril-hydrochlorothiazide</i>		<i>bumetanide</i>	15	<i>carmustine</i>	29
.....	15	<i>buprenorphine hcl</i>	42	<i>carteolol</i>	64
<i>bendamustine</i>	28	<i>buprenorphine transdermal</i>		<i>cartia xt</i>	15
BENDEKA.....	28	<i>patch</i>	42	<i>carvedilol</i>	15
BENLYSTA	80	<i>buprenorphine-naloxone</i>	44	<i>caspofungin</i>	2
<i>benztropine</i>	41	<i>bupropion hcl</i>	50	CAYSTON	3
BESPONSA	28	<i>bupropion hcl (smoking deter)</i>		<i>cefaclor</i>	8
BESREMI.....	24	.....	66	<i>cefadroxil</i>	8
<i>betaine</i>	20	<i>buspirone</i>	50	<i>cefazolin</i>	8
<i>betamethasone dipropionate</i> 70		<i>busulfan</i>	29	<i>cefazolin in dextrose (iso-os)</i> ..	8
<i>betamethasone valerate</i>	70	<i>butorphanol</i>	44	<i>cefdinir</i>	8
<i>betamethasone, augmented</i> ..	70	BYDUREON BCISE	76	<i>cefepime</i>	8
BETASERON	24	BYETTA	76	<i>cefepime in dextrose, iso-osm</i> ..	8
<i>betaxolol</i>	15, 64	C		<i>cefixime</i>	8
<i>bethanechol chloride</i>	89	CABENUVA.....	5	<i>cefoxitin</i>	8
BEVESPI AEROSPHERE... 85		<i>cabergoline</i>	74	<i>cefoxitin in dextrose, iso-osm</i> .8	
<i>bexarotene</i>	28	CABLIVI.....	18	<i>cefpodoxime</i>	8

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 en 10/04/2024.

<i>cefprozil</i>	8	<i>ciprofloxacin-dexamethasone</i>		COLUMVI	29
<i>ceftazidime</i>	8	.....	60	COMBIVENT RESPIMAT..	85
<i>ceftriaxone</i>	9	<i>cisplatin</i>	29	COMETRIQ	29
<i>ceftriaxone in dextrose,iso-os.</i>	8	<i>citalopram</i>	50	COMPLERA	5
<i>cefuroxime axetil</i>	9	<i>cladribine</i>	29	<i>compro</i>	20
<i>cefuroxime sodium</i>	9	<i>claravis</i>	73	<i>constulose</i>	20
<i>celecoxib</i>	44	<i>clarithromycin</i>	9	COPIKTRA	29
<i>cephalexin</i>	9	<i>clindamycin hcl</i>	3	CORTIFOAM.....	20
CEPROTIN (BLUE BAR)...	18	<i>clindamycin in 5 % dextrose</i> ..	3	<i>cortisone</i>	73
CEPROTIN (GREEN BAR)	18	<i>clindamycin phosphate</i>	3, 63,	COSENTYX.....	69
CEQR SIMPLICITY	89	73		COSENTYX (2 SYRINGES)	
CEQR SIMPLICITY		CLINIMIX 5%/D15W		.....	69
INSERTER.....	89	SULFITE FREE	92	COSENTYX PEN	69
<i>cetirizine</i>	83	CLINIMIX 4.25%/D10W		COSENTYX PEN (2 PENS)	69
<i>cevimeline</i>	66	SULF FREE	92	COSENTYX UNOREADY	
CHEMET	66	CLINIMIX 4.25%/D5W		PEN.....	69
<i>chloramphenicol sod succinate</i>		SULFIT FREE.....	66	COTELLIC.....	29
.....	3	CLINIMIX 5%-		CREON.....	20
<i>chlorhexidine gluconate</i>	59	D20W(SULFITE-FREE)..	92	CRESEMBA.....	2
<i>chloroprocaine (pf)</i>	71	CLINIMIX 6%-D5W		<i>cromolyn</i>	20, 65, 85
<i>chloroquine phosphate</i>	3	(SULFITE-FREE)	92	<i>cryelle (28)</i>	60
<i>chlorothiazide sodium</i>	15	CLINIMIX 8%-		CRYSVITA	75
<i>chlorpromazine</i>	50	D10W(SULFITE-FREE)..	92	<i>cyclobenzaprine</i>	57
<i>chlorthalidone</i>	15	CLINIMIX 8%-		<i>cyclophosphamide</i>	29
<i>cholestyramine (with sugar)</i> ..	13	D14W(SULFITE-FREE)..	92	CYCLOPHOSPHAMIDE ...	29
<i>cholestyramine light</i>	13	<i>clobazam</i>	46	<i>cyclosporine</i>	29, 65
CIBINQO	71	<i>clobetasol</i>	70	<i>cyclosporine modified</i>	29
<i>ciclodan</i>	68	<i>clobetasol-emollient</i>	70	CYLTEZO(CF)	80
<i>ciclopirox</i>	68	<i>clofarabine</i>	29	CYLTEZO(CF) PEN.....	80
<i>cidofovir</i>	5	<i>clomid</i>	75	CYLTEZO(CF) PEN	
<i>cilostazol</i>	18	<i>clomipramine</i>	50	CROHN'S-UC-HS.....	80
CIMDUO.....	5	<i>clonazepam</i>	46	CYLTEZO(CF) PEN	
CIMERLI	65	<i>clonidine (pf)</i>	15, 44	PSORIASIS-UV	80
CIMZIA.....	20	<i>clonidine hcl</i>	15, 51	CYRAMZA	30
CIMZIA POWDER FOR		<i>clonidine transdermal patch</i> ..	15	<i>cyred eq</i>	60
RECONST.....	20	<i>clopidogrel</i>	18	CYSTAGON	90
CIMZIA STARTER KIT	20	<i>clorazepate dipotassium</i>	51	CYSTARAN.....	65
<i>cinacalcet</i>	75	<i>clotrimazole</i>	2, 68	<i>cytarabine</i>	30
CINRYZE.....	85	<i>clotrimazole-betamethasone</i> ..	68	<i>cytarabine (pf)</i>	30
CINVANTI.....	20	<i>clozapine</i>	51	D	
<i>ciprofloxacin</i>	11	COARTEM	3	<i>d10 %-0.45 % sodium chloride</i>	
<i>ciprofloxacin hcl</i>	11, 64	<i>colchicine</i>	83	.....	66
<i>ciprofloxacin in 5 % dextrose</i>		<i>colesevelam</i>	13	<i>d2.5 %-0.45 % sodium</i>	
.....	11	<i>colestipol</i>	13	<i>chloride</i>	66
		<i>colistin (colistimethate na)</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 en 10/04/2024.

<i>d5 % and 0.9 % sodium chloride</i> 66	<i>dexamethasone sodium phos (pf)</i> 73	<i>disulfiram</i>.....67
<i>d5 %-0.45 % sodium chloride</i> 66	<i>dexamethasone sodium phosphate</i> 65, 74	<i>divalproex</i> .....46
<i>dabigatran etexilate</i> 18	<i>dextrazoxane hcl</i> .....27	<i>dobutamine</i> 13
<i>dacarbazine</i> 30	<i>dextroamphetamine-amphetamine</i> 51	<i>dobutamine in d5w</i> 13
<i>dactinomycin</i> 30	<i>dextrose 10 % and 0.2 % nacl</i> 66	<i>docetaxel</i> 30
<i>dalfampridine</i> 58	<i>dextrose 10 % in water (d10w)</i> 66	<i>dofetilide</i> 12
<i>danazol</i> 75	<i>dextrose 25 % in water (d25w)</i> 66	<i>donepezil</i> 58
<i>dantrolene</i> 57	<i>dextrose 5 % in water (d5w)</i> 66	<i>dopamine</i> 13
DANYELZA 30	<i>dextrose 5 %-lactated ringers</i> 67	<i>dopamine in 5 % dextrose</i> 13
<i>dapsone</i> 3	<i>dextrose 5%-0.2 % sod chloride</i> 67	DOPTELET (10 TAB PACK) 18
DAPTACEL (DTAP PEDIATRIC) (PF) 25	<i>dextrose 5%-0.3 % sod.chloride</i> 67	DOPTELET (15 TAB PACK) 18
<i>daptomycin</i> 3	<i>dextrose 50 % in water (d50w)</i> 67	DOPTELET (30 TAB PACK) 18
DAPTOMYCIN 3	<i>dextrose 70 % in water (d70w)</i> 67	<i>dorzolamide</i> 65
<i>darunavir</i> 5	DIACOMIT 46	<i>dorzolamide-timolol</i> 65
DARZALEX 30	<i>diazepam</i> 46, 51	<i>dotti</i> 62
<i>dasetta 1/35 (28)</i> 60	<i>diazepam intensol</i> 51	DOVATO 5
<i>dasetta 7/7/7 (28)</i> 60	<i>diazoxide</i> 76	<i>doxazosin</i> 15
<i>daunorubicin</i> 30	<i>diclofenac potassium</i> 44	<i>doxepin</i> 51
DAURISMO 30	<i>diclofenac sodium</i> 44, 63, 71	<i>doxercalciferol</i> 75
<i>daysee</i> 60	<i>diclofenac-misoprostol</i> 44	<i>doxorubicin</i> 30
<i>deblitane</i> 62	<i>dicloxacillin</i> 10	<i>doxorubicin, peg-liposomal</i> .. 30
<i>decitabine</i> 30	<i>dicyclomine</i> 23	<i>doxy-100</i> 11
<i>deferasirox</i> 66	DIFICID 9	<i>doxycycline hyclate</i> 11, 12
<i>deferiprone</i> 66	<i>diflunisal</i> 44	<i>doxycycline monohydrate</i> 12
<i>deferoxamine</i> 66	<i>digoxin</i> 12, 13	DRIZALMA SPRINKLE 51
DELSTRIGO 5	<i>dihydroergotamine</i> 57	<i>dronabinol</i> 20
<i>demeclocycline</i> 11	DILANTIN 30 MG 46	<i>droperidol</i> 20
DENGVAXIA (PF) 25	<i>diltiazem hcl</i> 15	DROPSAFE ALCOHOL PREP PADS 76
<i>denta 5000 plus</i> 59	<i>dilt-xr</i> 15	<i>drospirenone-e.estradiol-lm.fa</i> 60
<i>dentagel</i> 59	<i>dimenhydrinate</i> 20	<i>drospirenone-ethinyl estradiol</i> 60
DEPO-SUBQ PROVERA 104 62	<i>dimethyl fumarate</i> 58	DROXIA 30
<i>dermacinrx lidocan</i> 71	<i>diphenhydramine hcl</i> 83	<i>droxidopa</i> 67
DESCOVY 5	<i>diphenoxylate-atropine</i> 23	DUAVEE 62
<i>desipramine</i> 51	<i>dipyridamole</i> 18	DULERA 85
<i>desmopressin</i> 75		<i>duloxetine</i> 51
<i>desog-e.estradiol/e.estradiol</i> 60		DUPIXENT PEN 71
<i>desogestrel-ethinyl estradiol</i> 60		DUPIXENT SYRINGE .. 71, 72
<i>desonide</i> 70		<i>dutasteride</i> 90
<i>desvenlafaxine succinate</i> 51		<i>dutasteride-tamsulosin</i> 90
<i>dexamethasone</i> 73		
<i>dexamethasone intensol</i> 73		

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 en 10/04/2024.

E		
<i>econazole</i>	68	<i>esopiclone</i> .....51
EDARBI.....	15	<i>ethacrynate sodium</i>.....16
EDARBYCLOR.....	15	<i>ethambutol</i> .....3
EDURANT.....	5	<i>ethosuximide</i> .....46
<i>efavirenz</i>	5	<i>ethynodiol diac-eth estradiol</i> 60
<i>efavirenz-emtricitabin-tenofov</i> 5		<i>etodolac</i> .....45
<i>efavirenz-lamivu-tenofov disop</i>		<i>etonogestrel-ethinyl estradiol</i>
.....	5	.....63
<i>effer-k</i>	91	ETOPHOS .....31
ELAPRASE.....	75	<i>etoposide</i>.....31
<i>electrolyte-148</i>	92	<i>etravirine</i> .....6
<i>electrolyte-48 in d5w</i>	92	<i>euthyrox</i> .....74
<i>electrolyte-a</i>	92	<i>everolimus (antineoplastic)</i> ..31
ELIGARD	30	<i>everolimus</i>
ELIGARD (3 MONTH).....	30	<i>(immunosuppressive)</i>.....31
ELIGARD (4 MONTH).....	30	EVOTAZ .....6
ELIGARD (6 MONTH).....	30	<i>exemestane</i>.....31
<i>elimest</i>	60	EYLEA
ELIQUIS	18	.....65
ELIQUIS DVT-PE TREAT		<i>ezetimibe</i>
30D START	18	.....13
ELITEK.....	27	<i>ezetimibe-simvastatin</i>
ELIXOPHYLLIN.....	85	.....13
ELMIRON.....	90	F
ELREXFIO.....	30	FABRAZYME
<i>eluryng</i>	63	<i>falmina (28)</i>
ELZONRIS.....	30	.....60
EMGALITY PEN	57	<i>famciclovir</i>.....6
EMGALITY SYRINGE.....	57	<i>famotidine</i>
EMPLICITI.....	30	.....24
EMSAM	51	<i>famotidine (pf)</i>
<i>emtricitabine</i>	5	.....24
<i>emtricitabine-tenofov (tdf)</i> ..5,		<i>famotidine (pf)-nacl (iso-os)</i> 24
6		FANAPT.....51, 52
EMTRIVA.....	6	FARXIGA
EMVERM	3	.....76
<i>emzahn</i>	62	FASENRA.....
<i>enalapril maleate</i>	16	.....85
<i>enalaprilat</i>	16	FASENRA PEN
<i>enalapril-hydrochlorothiazide</i>		.....85
.....	16	<i>febuxostat</i>
ENBREL	80	.....83
ENBREL MINI	80	<i>felbamate</i>
ENBREL SURECLICK	80	.....46
		<i>felodipine</i>
		.....16
		<i>fenofibrate</i>
		.....14
		<i>fenofibrate micronized</i>
		.....14
		<i>fenofibrate nanocrystallized</i> .14
		<i>fenofibric acid</i>
		.....14
		<i>fenofibric acid (choline)</i>
		.....14
		<i>fentanyl</i>
		.....42
		<i>fentanyl citrate</i>
		.....42
		<i>fentanyl citrate (pf)</i>
		.....42
		FETZIMA.....
		.....52
		<i>finasteride</i>
		.....90
		<i> fingolimod</i>
		.....58
<i>endocet</i>	42	
ENGERIX-B (PF)	25	
ENGERIX-B PEDIATRIC		
(PF).....	25	
<i>enoxaparin</i>	18	
<i>enpresse</i>	60	
<i>enskyce</i>	60	
<i>entacapone</i>	42	
<i>entecavir</i>	6	
ENTRESTO.....	13	
ENTRESTO SPRINKLE	13	
ENTYVIO	20	
<i>enulose</i>	20	
ENVARSUS XR	31	
EPIDIOLEX	46	
<i>epinastine</i>	65	
<i>epinephrine</i>	84	
<i>epirubicin</i>	31	
<i>epitol</i>	46	
EPKINLY	31	
<i>eplerenone</i>	16	
EPRONTIA	46	
ERBITUX.....	31	
<i>ergotamine-caffeine</i>	57	
<i>eribulin</i>	31	
ERIVEDGE	31	
ERLEADA	31	
<i>erlotinib</i>	31	
<i>errin</i>	62	
<i>ertapenem</i>	3	
ERWINASE	31	
<i>ery pads</i>	73	
<i>ery-tab</i>	9	
<i>erythrocin (as stearate)</i>	9	
<i>erythromycin</i>	9, 64	
<i>erythromycin ethylsuccinate</i> ...9		
<i>erythromycin with ethanol</i> ...73		
<i>escitalopram oxalate</i>	51	
<i>esmolol</i>	16	
<i>esomeprazole magnesium</i>	23	
<i>esomeprazole sodium</i>	23	
<i>estarylla</i>	60	
<i>estradiol</i>	62	
<i>estradiol valerate</i>	62	
<i>estradiol-norethindrone acet</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 en 10/04/2024.

FINTEPLA	46	<i>fulvestrant</i>	32	<i>granisetron (pf)</i>	20
FIRMAGON KIT W		<i>furosemide</i>	16	<i>granisetron hcl</i>	21
DILUENT SYRINGE	31	FUZEON	6	<i>griseofulvin microsize</i>	2
<i>flac otic oil</i>	60	FYARRO	32	<i>griseofulvin ultramicrosize</i>	2
<i>flecainide</i>	12	<i>fyavolv</i>	62	GVOKE	77
<i>floxuridine</i>	31	FYCOMPA	46	GVOKE HYPOPEN 1-PACK	
<i>fluconazole</i>	2	G		.....	77
<i>fluconazole in nacl (iso-osm)</i> ..	2	<i>gabapentin</i>	47	GVOKE HYPOPEN 2-PACK	
<i>flucytosine</i>	2	<i>galantamine</i>	58	.....	77
<i>fludarabine</i>	31	GAMASTAN	25	GVOKE PFS 1-PACK	
<i>fludrocortisone</i>	74	<i>ganciclovir sodium</i>	6	SYRINGE	77
<i>flumazenil</i>	52	GARDASIL 9 (PF)	25	GVOKE PFS 2-PACK	
<i>flunisolide</i>	85	<i>gatifloxacin</i>	64	SYRINGE	77
<i>fluocinolone</i>	70	GATTEX 30-VIAL	20	H	
<i>fluocinolone acetamide oil</i>	60	GATTEX ONE-VIAL	20	<i>halobetasol propionate</i>	71
<i>fluocinolone and shower cap</i> ..	70	GAUZE PAD	89	<i>haloperidol</i>	52
<i>fluocinonide</i>	70	<i>gavilyte-c</i>	20	<i>haloperidol decanoate</i>	52
<i>fluocinonide-emollient</i>	70	<i>gavilyte-g</i>	20	<i>haloperidol lactate</i>	52
<i>fluoride (sodium)</i>	59, 92, 93	<i>gavilyte-n</i>	20	HAVRIX (PF)	26
<i>fluorometholone</i>	65	GAVRETO	32	<i>heather</i>	62
<i>fluorouracil</i>	32, 72	GAZYVA	32	<i>heparin (porcine)</i>	19
<i>flouxetine</i>	52	<i>gefatinib</i>	32	<i>heparin (porcine) in 5 % dex</i> ..	19
<i>fluphenazine decanoate</i>	52	<i>gemcitabine</i>	32	<i>heparin (porcine) in nacl (pf)</i>	
<i>fluphenazine hcl</i>	52	GEMCITABINE	32	.....	19
<i>flurbiprofen</i>	45	<i>gemfibrozil</i>	14	<i>heparin (porcine) in 0.45% nacl</i>	
<i>flurbiprofen sodium</i>	63	<i>generlac</i>	20	.....	19
<i>fluticasone propionate</i>	71, 86	<i>gengraf</i>	32	HEPARIN(PORCINE) IN	
FLUTICASONE		<i>gentamicin</i>	3, 64, 68	0.45% NACL	19
PROPIONATE	86	<i>gentamicin in nacl (iso-osm)</i> ..	3	<i>heparin, porcine (pf)</i>	19
<i>fluticasone propion-salmeterol</i>		<i>gentamicin sulfate (ped) (pf)</i> ..	3	HEPARIN, PORCINE (PF) ..	19
.....	86	GENVOYA	6	HEPLISAV-B (PF)	26
<i>fluvastatin</i>	14	GILOTRIF	32	HIBERIX (PF)	26
<i>fluvoxamine</i>	52	<i>glatiramer</i>	58	HIZENTRA	26
<i>fomepizole</i>	25	<i>glatopa</i>	58	HUMALOG JUNIOR	
<i>fondaparinux</i>	19	GLEOSTINE	32	KWIKPEN U-100	77
<i>formoterol fumarate</i>	86	<i>glimepiride</i>	76	HUMALOG KWIKPEN	
<i>fosamprenavir</i>	6	<i>glipizide</i>	76, 77	INSULIN	77
<i>fosaprepitant</i>	20	<i>glipizide-metformin</i>	77	HUMALOG MIX 50-50	
<i>fosinopril</i>	16	<i>glutamine (sickle cell)</i>	67	KWIKPEN	77
<i>fosinopril-hydrochlorothiazide</i>		<i>glycine urologic</i>	90	HUMALOG MIX 75-25	
.....	16	<i>glycine urologic solution</i>	90	KWIKPEN	77
<i>fosphephenytoin</i>	46	<i>glycopyrrolate</i>	23	HUMALOG MIX 75-25(U-	
FOTIVDA	32	<i>glycopyrrolate (pf) in water</i> ..	23	100)INSULN	77
FRUZAQLA	32	<i>glydo</i>	72	HUMALOG U-100 INSULIN	
FULPHILA	24	GLYXAMBI	77	.....	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 en 10/04/2024.

HUMIRA (PREFERRED NDCS STARTING WITH 00074).....	80	<i>hydrocodone-ibuprofen</i>	43	INGREZZA INITIATION PK(TARDIV)	58
HUMIRA PEN (PREFERRED NDCS STARTING WITH 00074).....	80	<i>hydrocortisone</i>	21, 71, 74	INGREZZA SPRINKLE	58
HUMIRA(CF) (PREFERRED NDCS STARTING WITH 00074).....	81	<i>hydrocortisone-acetic acid</i> ...	60	INLYTA	33
HUMIRA(CF) PEN (PREFERRED NDCS STARTING WITH 00074).....	81	<i>hydromorphone</i>	43	INPEFA	78
HUMIRA(CF) PEN CROHNS-UC-HS (PREFERRED NDCS STARTING WITH 00074).....	81	<i>hydromorphone (pf)</i>	43	INQOVI.....	33
HUMIRA(CF) PEN PEDIATRIC UC (ONLY NDCS STARTING WITH 00074).....	81	<i>hydroxychloroquine</i>	3	INREBIC	33
HUMIRA(CF) PEN PSOR-UV-ADOL HS (PREFERRED NDCS STARTING WITH 00074).....	81	<i>hydroxyurea</i>	32	INSULIN LISPRO	78
HUMULIN 70/30 U-100 INSULIN.....	77	<i>hydroxyzine hcl</i>	84	INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100	89
HUMULIN 70/30 U-100 KWIKPEN	77	HYPERHEP B.....	26	INSULIN SYRINGES (NON-PREFERRED BRANDS).....	89
HUMULIN N NPH INSULIN KWIKPEN	77	HYPERHEP B NEONATAL	26	INTELENCE	6
HUMULIN N NPH U-100 INSULIN.....	77	I		<i>intralipid</i>	92
HUMULIN R REGULAR U-100 INSULN	77	<i>ibandronate</i>	83	<i>introvale</i>	60
HUMULIN R U-500 (CONC) INSULIN.....	77	IBRANCE	32	INVEGA HAFYERA	52
HUMULIN R U-500 (CONC) KWIKPEN	77	<i>ibu</i>	45	INVEGA SUSTENNA...52, 53	
<i>hydralazine</i>	16	<i>ibuprofen</i>	45	INVEGA TRINZA	53
<i>hydrochlorothiazide</i>	16	<i>ibutilide fumarate</i>	12	INVELTYS.....	65
<i>hydrocodone-acetaminophen</i>	42, 43	<i>icatibant</i>	86	IPOL	26
		ICLUSIG	32	<i>ipratropium bromide</i>	59, 86
		<i>icosapent ethyl</i>	14	<i>ipratropium-albuterol</i>	86
		<i>idarubicin</i>	32	<i>irbesartan</i>	16
		IDHIFA	32	<i>irbesartan-hydrochlorothiazide</i>	16
		<i>ifosfamide</i>	32, 33	<i>irinotecan</i>	33
		ILARIS (PF).....	24	ISENTRESS	6
		<i>imatinib</i>	33	ISENTRESS HD	6
		IMBRUVICA	33	<i>isibloom</i>	60
		IMDELLTRA.....	33	ISOLYTE S PH 7.4	92
		IMFINZI.....	33	ISOLYTE-P IN 5 % DEXTROSE	92
		<i>imipenem-cilastatin</i>	3	ISOLYTE-S.....	92
		<i>imipramine hcl</i>	52	<i>isoniazid</i>	3
		<i>imiquimod</i>	72	<i>isosorbide dinitrate</i>	14
		IMJUDO.....	33	<i>isosorbide mononitrate</i>	14
		IMOVAX RABIES VACCINE (PF).....	26	<i>isosorbide-hydralazine</i>	16
		IMVEXXY MAINTENANCE PACK	62	<i>isotretinoin</i>	73
		IMVEXXY STARTER PACK	62	<i>isradipine</i>	16
		INBRIJA.....	42	ISTODAX.....	33
		<i>incassia</i>	62	<i>itraconazole</i>	2
		INCRELEX	67	<i>ivabradine</i>	13
		<i>indapamide</i>	16	<i>ivermectin</i>	3
		INFANRIX (DTAP) (PF).....	26	IWILFIN.....	33
		INGREZZA	58	IXCHIQ (PF).....	26

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 en 10/04/2024.

IXEMPRA.....	33	<i>klor-con m10</i>	91	<i>levobunolol</i>	64
IXIARO (PF).....	26	<i>klor-con m15</i>	91	<i>levocarnitine</i>	67
J		<i>klor-con m20</i>	91	<i>levocarnitine (with sugar)</i>	67
JAKAFI.....	33	<i>klor-con oral packet 20</i>	91	<i>levocetirizine</i>	84
<i>jantoven</i>	19	<i>klor-con/ef</i>	91	<i>levofloxacin</i>	11, 64
JANUMET	78	KOSELUGO	34	<i>levofloxacin in d5w</i>	11
JANUMET XR.....	78	<i>kourzeg</i>	59	<i>levoleucovorin calcium</i>	27
JANUVIA.....	78	K-PHOS NO 2.....	90	<i>levonest (28)</i>	61
JARDIANCE.....	78	K-PHOS ORIGINAL	90	<i>levonorgestrel-ethinyl estrad</i>	61
<i>jasmiel (28)</i>	60	KRAZATI	34	<i>levonorg-eth estrad triphasic</i>	61
JAYPIRCA.....	33	<i>kurvelo (28)</i>	61	<i>levora-28</i>	61
JEMPERLI	33	KYPROLIS	34	<i>levo-t</i>	74
<i>jencycla</i>	62	L		<i>levothyroxine</i>	74
JENTADUETO	78	<i>l norgest/e.estradiol-e.estrad</i>	61	<i>levoxyl</i>	74
JENTADUETO XR.....	78	<i>labetalol</i>	16	LIBERVANT	47
JEVTANA.....	33	<i>lacosamide</i>	47	LIBTAYO.....	34
<i>jinteli</i>	63	<i>lactated ringers</i>	68, 91	<i>lidocaine</i>	72
<i>jolessa</i>	60	<i>lactulose</i>	21	<i>lidocaine (pf)</i>	12, 72
<i>juleber</i>	60	<i>lamivudine</i>	6	<i>lidocaine hcl</i>	72
JULUCA.....	6	<i>lamivudine-zidovudine</i>	6	<i>lidocaine in 5 % dextrose (pf)</i>	
JYLAMVO.....	33	<i>lamotrigine</i>	47	.....	12
JYNNEOS (PF).....	26	<i>lanreotide</i>	34	<i>lidocaine viscous</i>	72
K		<i>lansoprazole</i>	24	<i>lidocaine-epinephrine</i>	72
KADCYLA	34	LANTUS SOLOSTAR U-100		<i>lidocaine-epinephrine (pf)</i>	72
<i>kalliga</i>	60	INSULIN	78	<i>lidocaine-prilocaine</i>	72
KALYDECO	86	LANTUS U-100 INSULIN ..	78	<i>lidocan iii</i>	72
KANUMA.....	75	<i>lapatinib</i>	34	<i>lidocan iv</i>	72
<i>kariva (28)</i>	61	<i>larin 1.5/30 (21)</i>	61	<i>lidocan v</i>	72
<i>kelnor 1/35 (28)</i>	61	<i>larin 1/20 (21)</i>	61	LILETTA.....	63
<i>kelnor 1/50 (28)</i>	61	<i>larin 24 fe</i>	61	<i>lincomycin</i>	3
KERENDIA	16	<i>larin fe 1.5/30 (28)</i>	61	<i>linezolid</i>	3
KESIMPTA PEN	58	<i>larin fe 1/20 (28)</i>	61	<i>linezolid in dextrose 5%</i>	3
<i>ketoconazole</i>	2, 68	<i>latanoprost</i>	65	<i>linezolid-0.9% sodium chloride</i>	
<i>ketorolac</i>	63	LEDIPASVIR-SOFOSBUVIR		.....	3
KEYTRUDA.....	34	.....	6	LINZESS	21
KHAPZORY	27	<i>leflunomide</i>	81	<i>liothyronine</i>	74
KIMMTRAK.....	34	<i>lenalidomide</i>	34	<i>lisinopril</i>	16
KINRIX (PF).....	26	LENVIMA.....	34	<i>lisinopril-hydrochlorothiazide</i>	
<i>kionex (with sorbitol)</i>	67	<i>lessina</i>	61	.....	16
KISQALI.....	34	<i>letrozole</i>	34	<i>lithium carbonate</i>	53
KISQALI FEMARA CO-		<i>leucovorin calcium</i>	27	<i>lithium citrate</i>	53
PACK	34	<i>leuprolide</i>	34	LIVTENCITY	6
<i>klayesta</i>	68	<i>levetiracetam</i>	47	LOKELMA.....	67
<i>klor-con 10</i>	91	<i>levetiracetam in nacl (iso-os)</i>		LONSURF	34
<i>klor-con 8</i>	91	.....	47	<i>loperamide</i>	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 en 10/04/2024.

<i>lopinavir-ritonavir</i>	6	<i>marlissa (28)</i>	61	<i>metolazone</i>	16
LOQTORZI.....	34	MARPLAN	53	<i>metoprolol succinate</i>	16
<i>lorazepam</i>	53	MATULANE.....	35	<i>metoprolol ta-hydrochlorothiazide</i>	16
<i>lorazepam intensol</i>	53	<i>matzim la</i>	16	<i>metoprolol tartrate</i>	16
LORBRENA	35	MAVYRET	6	<i>metro i.v.</i>	4
<i>loryna (28)</i>	61	<i>meclizine</i>	21	<i>metronidazole</i>	4, 63, 73
<i>losartan</i>	16	<i>medroxyprogesterone</i>	63	<i>metronidazole in nacl (iso-os)</i>	4
<i>losartan-hydrochlorothiazide</i>	16	<i>mefloquine</i>	3	<i>metyrosine</i>	16
<i>loteprednol etabonate</i>	65	<i>megestrol</i>	35	<i>mexiletine</i>	12
<i>lovastatin</i>	14	MEKINIST.....	35	<i>micafungin</i>	2
<i>low-ogestrel (28)</i>	61	MEKTOVI.....	35	<i>microgestin 1.5/30 (21)</i>	61
<i>loxapine succinate</i>	53	<i>meloxicam</i>	45	<i>microgestin 1/20 (21)</i>	61
<i>lo-zumandimine (28)</i>	61	<i>melphalan hcl</i>	35	<i>microgestin fe 1.5/30 (28)</i>	61
<i>lubiprostone</i>	21	<i>memantine</i>	58	<i>microgestin fe 1/20 (28)</i>	61
LUMAKRAS	35	MENACTRA (PF)	26	<i>midodrine</i>	67
LUMIGAN	65	MENQUADFI (PF).....	26	MIEBO (PF)	65
LUMIZYME	75	MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF).....	26	<i>mifepristone</i>	63, 75
LUNSUMIO.....	35	MEPSEVII.....	75	<i>mili</i>	61
LUPRON DEPOT	35	<i>mercaptopurine</i>	35	<i>milrinone</i>	13
<i>lurasidone</i>	53	<i>meropenem</i>	4	<i>milrinone in 5 % dextrose</i>	13
<i>lutera (28)</i>	61	<i>mesalamine</i>	21	<i>mimvey</i>	63
<i>lyleg</i>	63	<i>mesalamine with cleansing wipe</i>	21	<i>minocycline</i>	12
<i>lyllana</i>	63	<i>mesna</i>	27	<i>minoxidil</i>	16
LYNPARZA.....	35	MESNEX.....	27	<i>miostat</i>	65
LYSODREN.....	35	<i>metformin</i>	78	<i>mirabegron</i>	90
LYTGOBI	35	<i>methadone</i>	43	<i>mirtazapine</i>	53
LYUMJEV KWIKPEN U-100 INSULIN.....	78	<i>methadone intensol</i>	43	<i>misoprostol</i>	24
LYUMJEV KWIKPEN U-200 INSULIN.....	78	<i>methadose</i>	43	<i>mitomycin</i>	35
LYUMJEV U-100 INSULIN	78	<i>methazolamide</i>	65	<i>mitoxantrone</i>	35
<i>lyza</i>	63	<i>methenamine hippurate</i>	2	M-M-R II (PF).....	26
M		<i>methenamine mandelate</i>	2	<i>modafinil</i>	53, 54
<i>magnesium chloride</i>	91	<i>methimazole</i>	73	<i>moexipril</i>	16
<i>magnesium sulfate</i>	91	<i>methotrexate sodium</i>	35	<i>molindone</i>	54
MAGNESIUM SULFATE IN D5W	91	<i>methotrexate sodium (pf)</i>	35	<i>mometasone</i>	71, 86
<i>magnesium sulfate in water</i>	91	<i>methoxsalen</i>	72	<i>mondoxyne nl</i>	12
<i>malathion</i>	71	<i>methsuximide</i>	47	MONJUVI	36
<i>mannitol 20 %</i>	16	<i>methylergonovine</i>	63	<i>mono-linyah</i>	61
<i>mannitol 25 %</i>	16	<i>methylphenidate hcl</i>	53	<i>montelukast</i>	86
<i>maraviroc</i>	6	<i>methylprednisolone</i>	74	<i>morphine</i>	43, 44
MARGENZA	35	<i>methylprednisolone acetate</i>	74	<i>morphine (pf)</i>	43
		<i>methylprednisolone sodium succ</i>	74	<i>morphine concentrate</i>	43
		<i>metoclopramide hcl</i>	21	MOUNJARO	78
				<i>moxifloxacin</i>	11, 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 en 10/04/2024.

<i>moxifloxacin-sod.chloride(iso)</i>	<i>nevirapine</i>.....6	NUEDEXTA.....59
.....11	NEXLETOL.....14	NULOJIX.....36
MRESVIA (PF).....26	NEXLIZET.....14	NUPLAZID.....54
MULTAQ.....12	NEXPLANON.....63	NURTEC ODT.....57
<i>mupirocin</i>.....68	<i>niacin</i>.....14	<i>nyamyc</i>.....68
<i>mycophenolate mofetil</i>.....36	<i>nicardipine</i>.....17	<i>nystatin</i>.....2, 68, 69
<i>mycophenolate mofetil (hcl)</i> .36	NICOTROL.....66	<i>nystatin-triamcinolone</i>.....69
<i>mycophenolate sodium</i>.....36	NICOTROL NS.....66	<i>nystop</i>.....69
MYFEMBREE.....63	<i>nifedipine</i>.....17	NYVEPRIA.....24
MYHIBBIN.....36	<i>nikki (28)</i>.....61	O
MYLOTARG.....36	<i>nilutamide</i>.....36	OCALIVA.....21
MYRBETRIQ.....90	<i>nimodipine</i>.....17	<i>octreotide acetate</i>.....36
N	NINLARO.....36	ODEFSEY.....6
<i>nabumetone</i>.....45	<i>nitazoxanide</i>.....4	ODOMZO.....36
<i>nadolol</i>.....16	<i>nitisinone</i>.....67	OFEV.....86
<i>nafcillin</i>.....10	<i>nitro-bid</i>.....14	<i>ofloxacin</i>.....60, 64
<i>nafcillin in dextrose iso-osm</i> 10	<i>nitrofurantoin macrocrystal</i> ...2	OGSIVEO.....36
<i>naftifine</i>.....68	<i>nitrofurantoin monohyd/m-</i>	OJEMDA.....36
NAGLAZYME.....75	<i>cryst</i>.....2	OJJAARA.....37
<i>nalbuphine</i>.....45	<i>nitroglycerin</i>.....14, 15, 21	<i>olanzapine</i>.....54
<i>naloxone</i>.....45	<i>nitroglycerin in 5 % dextrose</i>	<i>olmesartan</i>.....17
<i>naltrexone</i>.....45	.....14	<i>olmesartan-amlodipin-</i>
NAMZARIC.....59	NIVESTYM.....24	<i>hcthiazyd</i>.....17
<i>naproxen</i>.....45	<i>nizatidine</i>.....24	<i>olmesartan-</i>
<i>naproxen sodium</i>.....45	<i>nora-be</i>.....63	<i>hydrochlorothiazide</i>.....17
<i>naratriptan</i>.....57	<i>norelgestromin-ethin.estradiol</i>	<i>omega-3 acid ethyl esters</i>.....14
<i>nateglinide</i>.....78	.....63	<i>omeprazole</i>.....24
NAYZILAM.....47	<i>norepinephrine bitartrate</i>.....13	OMNIPOD 5 G6 INTRO KIT
<i>nebivolol</i>.....16	<i>norethindrone (contraceptive)</i>	(GEN 5).....89
<i>nefazodone</i>.....54	.....63	OMNIPOD 5 G6 PODS (GEN
<i>nelarabine</i>.....36	<i>norethindrone acetate</i>.....63	5).....89
<i>neomycin</i>.....4	<i>norethindrone ac-eth estradiol</i>	OMNIPOD DASH INTRO
<i>neomycin-bacitracin-poly-hc</i> 64	.....61, 63	KIT (GEN 4).....89
<i>neomycin-bacitracin-</i>	<i>norethindrone-e.estradiol-iron</i>	OMNIPOD DASH PODS
<i>polymyxin</i>.....64	.....61	(GEN 4).....89
<i>neomycin-polymyxin b gu</i>.....68	<i>norgestimate-ethinyl estradiol</i>	OMNIPOD GO PODS.....89
<i>neomycin-polymyxin b-</i>	.....61	OMNIPOD GO PODS 10
<i>dexameth</i>.....64	<i>nortrel 0.5/35 (28)</i>.....62	UNITS/DAY.....89
<i>neomycin-polymyxin-</i>	<i>nortrel 1/35 (21)</i>.....62	OMNIPOD GO PODS 15
<i>gramicidin</i>.....64	<i>nortrel 1/35 (28)</i>.....62	UNITS/DAY.....89
<i>neomycin-polymyxin-hc</i> ..60, 64	<i>nortrel 7/7/7 (28)</i>.....62	OMNIPOD GO PODS 20
<i>neo-polycin</i>.....64	<i>nortriptyline</i>.....54	UNITS/DAY.....89
<i>neo-polycin hc</i>.....64	NORVIR.....6	OMNIPOD GO PODS 25
NERLYNX.....36	NUBEQA.....36	UNITS/DAY.....89
NEUPRO.....42	NUCALA.....86	

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 en 10/04/2024.

OMNIPOD GO PODS 30	<i>paliperidone</i>	54	PIFELTRO	7
UNITS/DAY	<i>palonosetron</i>	21, 22	<i>pirencarpine hcl</i>	65, 67
OMNIPOD GO PODS 40	<i>pamidronate</i>	75	<i>pimecrolimus</i>	72
UNITS/DAY	PANRETIN	72	<i>pimozide</i>	54
OMNITROPE.....	<i>pantoprazole</i>	24	<i>pimtrea (28)</i>	62
ONCASPAR	<i>paraplatin</i>	37	<i>pindolol</i>	17
<i>ondansetron</i>	<i>paricalcitol</i>	75	<i>pioglitazone</i>	78
<i>ondansetron hcl</i>	<i>paroxetine hcl</i>	54	<i>piperacillin-tazobactam</i>	11
<i>ondansetron hcl (pf)</i>	PAXLOVID.....	7	PIQRAY	37
ONIVYDE.....	<i>pazopanib</i>	37	<i>pirfenidone</i>	87
ONUREG	PEDIARIX (PF).....	26	<i>piroxicam</i>	45
OPDIVO.....	PEDVAX HIB (PF).....	26	<i>pitavastatin calcium</i>	14
OPDUALAG.....	<i>peg 3350-electrolytes</i>	22	PLEGRIDY	24, 25
<i>opium tincture</i>	PEGASYS	24	PLENAMINE	92
OPSUMIT	<i>peg-electrolyte</i>	22	<i>plerixafor</i>	25
OPSYNVI.....	PEMAZYRE	37	<i>podofilox</i>	72
<i>oralone</i>	<i>pemetrexed disodium</i>	37	POLIVY	37
ORENCIA	PEN NEEDLES (NON- PREFERRED BRANDS).89		<i>polocaine</i>	72
ORENCIA (WITH MALTOSE).....	PENBRAYA (PF)	26	<i>polocaine-mpf</i>	72
ORENCIA CLICKJECT	<i>penciclovir</i>	70	<i>polycin</i>	64
ORGOVYX.....	<i>penicillamine</i>	82	<i>polymyxin b sulf-trimethoprim</i>	64
ORKAMBI.....	PENICILLIN G POT IN DEXTROSE	11	POMALYST.....	37
ORSERDU	<i>penicillin g potassium</i>	11	<i>portia 28</i>	62
<i>oseltamivir</i>	<i>penicillin g sodium</i>	11	PORTRAZZA.....	37
<i>osmitrol 20 %</i>	<i>penicillin v potassium</i>	11	<i>posaconazole</i>	2
OTEZLA	PENTACEL (PF)	26	<i>potassium acetate</i>	91
OTEZLA STARTER.....	<i>pentamidine</i>	4	<i>potassium chlorid-d5-</i> <i>0.45%nacl</i>	91
<i>oxacillin</i>	<i>pentobarbital sodium</i>	54	<i>potassium chloride</i>	91, 92
<i>oxacillin in dextrose(iso-osm)</i>	<i>pentoxifylline</i>	19	<i>potassium chloride in</i> <i>0.9%nacl</i>	91
<i>oxaliplatin</i>	<i>perindopril erbumine</i>	17	<i>potassium chloride in 5 % dex</i>	91
<i>oxaprozin</i>	PERJETA	37	<i>potassium chloride in lr-d5</i> ..	91
<i>oxcarbazepine</i>	<i>permethrin</i>	71	<i>potassium chloride in water</i> .91	
OXERVATE	<i>perphenazine</i>	54	<i>potassium chloride-0.45 %</i> <i>nacl</i>	92
<i>oxybutynin chloride</i>	<i>pfizerpen-g</i>	11	<i>potassium chloride-d5-</i> <i>0.2%nacl</i>	92
<i>oxycodone</i>	<i>phenelzine</i>	54	<i>potassium chloride-d5-</i> <i>0.9%nacl</i>	92
<i>oxycodone-acetaminophen</i> ...	<i>phenobarbital</i>	47, 48	<i>potassium citrate</i>	90
OXYCONTIN	<i>phenobarbital sodium</i>	48	<i>potassium phosphate m-/d-</i> <i>basic</i>	92
OZEMPIC	<i>phentolamine</i>	17		
OZURDEX.....	<i>phenytoin</i>	48		
P	<i>phenytoin sodium</i>	48		
<i>pacerone</i>	<i>phenytoin sodium extended</i> ..	48		
<i>paclitaxel</i>	<i>philith</i>	62		
PADCEV.....				

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 en 10/04/2024.

POTELIGEO.....	38	PROLASTIN-C.....	67	RENACIDIN.....	90
PRALATREXATE.....	38	PROLIA.....	83	<i>repaglinide</i>	79
<i>pramipexole</i>	42	PROMACTA.....	19	REPATHA.....	14
<i>prasugrel</i>	19	<i>promethazine</i>	84	REPATHA PUSHTRONEX	14
<i>pravastatin</i>	14	<i>propafenone</i>	12	REPATHA SURECLICK ...	14
<i>praziquantel</i>	4	<i>propranolol</i>	17	RETACRIT.....	25
<i>prazosin</i>	17	<i>propylthiouracil</i>	73	RETEVMO.....	38
<i>prednicarbate</i>	71	PROQUAD (PF).....	26	RETROVIR.....	7
<i>prednisolone</i>	74	<i>protamine</i>	19	REVLIMID.....	38
<i>prednisolone acetate</i>	65	<i>protriptyline</i>	54	<i>revonto</i>	57
<i>prednisolone sodium</i>		PULMICORT FLEXHALER		REXULTI.....	54
<i>phosphate</i>	65, 74	.....	87	REYATAZ.....	7
<i>prednisone</i>	74	PULMOZYME.....	87	REZDIFFRA.....	67
<i>prednisone intensol</i>	74	PURIXAN.....	38	REZLIDHIA.....	38
<i>pregabalin</i>	48	<i>pyrazinamide</i>	4	REZUROCK.....	38
PREHEVBRIO (PF).....	26	<i>pyridostigmine bromide</i>	57	RHOPRESSA.....	65
PREMARIN.....	63	<i>pyrimethamine</i>	4	<i>ribavirin</i>	7
<i>premasol 10 %</i>	92	Q		RIDAURA.....	82
PREMPHASE.....	63	QINLOCK.....	38	<i>rifabutin</i>	4
PREMPRO.....	63	QUADRACEL (PF).....	26	<i>rifampin</i>	4
<i>prenatal vitamin oral tablet</i>	93	<i>quetiapine</i>	54	<i>riluzole</i>	67
<i>prevalite</i>	14	<i>quinapril</i>	17	<i>rimantadine</i>	7
PREVYMIS.....	7	<i>quinapril-hydrochlorothiazide</i>		<i>ringer's</i>	68, 92
PREZCOBIX.....	7	.....	17	RINVOQ.....	82
PREZISTA.....	7	<i>quinidine sulfate</i>	12	RINVOQ LQ.....	82
PRIFTIN.....	4	<i>quinine sulfate</i>	4	<i>risedronate</i>	67, 83
PRIMAQUINE.....	4	QULIPTA.....	57	<i>risperidone</i>	55
<i>primidone</i>	48	QVAR REDIHALER.....	87	<i>risperidone microspheres</i> ...	54,
PRIMIDONE.....	48	R		55	
PRIORIX (PF).....	26	RABAVERT (PF).....	26	<i>ritonavir</i>	7
PRIVIGEN.....	26	RADICAVA ORS.....	59	<i>rivastigmine</i>	59
<i>probenecid</i>	83	RADICAVA ORS STARTER		<i>rivastigmine tartrate</i>	59
<i>probenecid-colchicine</i>	83	KIT SUSP.....	59	<i>rizatriptan</i>	57
<i>procainamide</i>	12	<i>raloxifene</i>	83	ROCKLATAN.....	65
<i>prochlorperazine</i>	22	<i>ramelteon</i>	54	<i>roflumilast</i>	87
<i>prochlorperazine edisylate</i> ...	22	<i>ramipril</i>	17	<i>romidepsin</i>	38
<i>prochlorperazine maleate oral</i>		<i>ranolazine</i>	13	<i>ropinirole</i>	42
.....	22	<i>rasagiline</i>	42	<i>rosuvastatin</i>	14
PROCRIT.....	25	<i>reclipsen (28)</i>	62	ROTARIX.....	26
<i>procto-med hc</i>	22	RECOMBIVAX HB (PF) ...	26	ROTATEQ VACCINE.....	26
<i>proctosol hc</i>	22	REGRANEX.....	72	<i>roweepra</i>	48
<i>proctozone-hc</i>	22	RELENZA DISKHALER.....	7	ROZLYTREK.....	38
<i>progesterone</i>	63	RELEUKO.....	25	RUBRACA.....	38
<i>progesterone micronized</i>	63	RELISTOR.....	22	<i>rufinamide</i>	48
PROGRAF.....	38	REMICADE.....	22	RUKOBIA.....	7

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 en 10/04/2024.

RUXIENCE.....	38	<i>sodium chloride</i>	67, 92	STIOLTO RESPIMAT	87
RYBELSUS	79	<i>sodium chloride 0.45 %</i>	92	STIVARGA.....	39
RYBREVANT	38	<i>sodium chloride 0.9 %</i>	67	STRENSIQ	75
RYDAPT.....	38	<i>sodium chloride 3 %</i>		STREPTOMYCIN	4
RYLAZE	38	<i>hypertonic</i>	92	STRIBILD	7
RYTELO	38	<i>sodium chloride 5 %</i>		STRIVERDI RESPIMAT	87
S		<i>hypertonic</i>	92	<i>subvenite</i>	48
<i>sajazir</i>	87	<i>sodium fluoride 5000 dry</i>		SUCRAID.....	22
<i>salsalate</i>	45	<i>mouth</i>	59	<i>sucralfate</i>	24
SANCUSO	22	<i>sodium fluoride 5000 plus</i>	59	<i>sulfacetamide sodium</i>	65
SANDOSTATIN LAR		<i>sodium fluoride-pot nitrate</i> ...59		<i>sulfacetamide sodium (acne)</i> 68	
DEPOT	38	<i>sodium nitroprusside</i>	13	<i>sulfacetamide-prednisolone</i> ..66	
SANTYL	72	SODIUM OXYBATE		<i>sulfadiazine</i>	11
<i>sapropterin</i>	75	(PREFERRED NDCS		<i>sulfamethoxazole-trimethoprim</i>	11
SARCLISA.....	38	STARTING WITH 00054)		.....	11
SAVELLA.....	82	.....	55	<i>sulfasalazine</i>	22
<i>saxagliptin</i>	79	<i>sodium phenylbutyrate</i>	67	<i>sulindac</i>	45
<i>saxagliptin-metformin</i>	79	<i>sodium phosphate</i>	92	<i>sumatriptan</i>	57
SCSEMBLIX.....	38	<i>sodium polystyrene sulfonate</i> 67		<i>sumatriptan succinate</i>	57
<i>scopolamine base</i>	22	<i>sodium,potassium,mag sulfates</i>		<i>sunitinib malate</i>	39
SECUADO	55	.....	22	SUNLENCA.....	7
SEGLUROMET	79	SOFOSBUVIR-		<i>syeda</i>	62
<i>selegiline hcl</i>	42	VELPATASVIR.....	7	SYMDEKO	87
<i>selenium sulfide</i>	69	<i>solifenacin</i>	90	SYMLINPEN 120	79
SELZENTRY	7	SOLQUA 100/33	79	SYMLINPEN 60	79
<i>sertraline</i>	55	SOLTAMOX.....	39	SYMPAZAN	48
<i>setlakin</i>	62	SOMATULINE DEPOT	39	SYMPROIC.....	22
<i>sf 59</i>		SOMAVERT	75	SYMTUZA.....	7
<i>sf 5000 plus</i>	59	<i>sorafenib</i>	39	SYNAGIS.....	7
<i>sharobel</i>	63	<i>sotalol</i>	12	SYNJARDY	79
SHINGRIX (PF).....	26	<i>sotalol af</i>	12	SYNJARDY XR.....	79
SIGNIFOR	39	SOTYKTU	69	T	
<i>sildenafil (pulmonary arterial</i>		SPIRIVA RESPIMAT	87	TABRECTA	39
<i>hypertension)</i>	87	<i>spironolactone</i>	17	<i>tacrolimus</i>	39, 73
<i>silver sulfadiazine</i>	72	<i>spironolacton-</i>		<i>tadalafil</i>	90
SIMBRINZA.....	65	<i>hydrochlorothiaz</i>	17	<i>tadalafil (pulmonary arterial</i>	
SIMULECT	39	SPRAVATO.....	55	<i>hypertension) oral tablet 20</i>	
<i>simvastatin</i>	14	<i>sprintec (28)</i>	62	<i>mg</i>	87
<i>sirolimus</i>	39	SPRITAM.....	48	TAFINLAR	39
SIRTURO.....	4	SPRYCEL	39	TAGRISSE.....	39
SKYRIZI	22, 69	<i>sps (with sorbitol)</i>	67	TALVEY	39
<i>sodium acetate</i>	92	<i>sronyx</i>	62	TALZENNA	39
<i>sodium benzoate-sod</i>		<i>ssd</i>	72	<i>tamoxifen</i>	39
<i>phenylacet</i>	67	STEGLATRO.....	79	<i>tamsulosin</i>	90
<i>sodium bicarbonate</i>	92	STELARA	69	<i>tarina fe 1-20 eq (28)</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 en 10/04/2024.

TASIGNA	39	TIVDAK.....	40	<i>triderm</i>	71
<i>tazarotene</i>	73	TIVICAY.....	7	<i>trientine</i>	67
<i>tazicef</i>	9	TIVICAY PD	7	<i>tri-estarylla</i>	62
TAZVERIK.....	39	<i>tizanidine</i>	57	<i>trifluoperazine</i>	55
TDVAX.....	26	TOBI PODHALER	4	<i>trifluridine</i>	64
TECENTRIQ.....	39	TOBRADEX	65	<i>trihexyphenidyl</i>	42
TECVAYLI.....	39	<i>tobramycin</i>	4, 64	TRIJARDY XR	79
TEFLARO.....	9	<i>tobramycin in 0.225 % nacl</i> ...	4	TRIKAFTA	88
<i>telmisartan</i>	17	<i>tobramycin sulfate</i>	4	<i>tri-legest fe</i>	62
<i>telmisartan-amlodipine</i>	17	<i>tobramycin-dexamethasone</i> ..	65	<i>tri-linyah</i>	62
<i>telmisartan-hydrochlorothiazid</i>		<i>tolterodine</i>	90	<i>tri-lo-estarylla</i>	62
.....	17	<i>tolvaptan</i>	76	<i>tri-lo-marzia</i>	62
TEMODAR	39	<i>topiramate</i>	48	<i>tri-lo-sprintec</i>	62
<i>temsirolimus</i>	39	<i>topotecan</i>	40	<i>trimethoprim</i>	2
TENIVAC (PF)	26	<i>toremifene</i>	40	<i>trimipramine</i>	55
<i>tenofovir disoproxil fumarate</i> ..	7	<i>torpenz</i>	40	TRINTELLIX.....	55
TEPMETKO.....	39	<i>torse mide</i>	17	<i>tri-sprintec (28)</i>	62
<i>terazosin</i>	17	TOUJEO MAX U-300		TRIUMEQ.....	7
<i>terbinafine hcl</i>	2	SOLOSTAR	79	TRIUMEQ PD.....	7
<i>terbutaline</i>	87	TOUJEO SOLOSTAR U-300		<i>trivora (28)</i>	62
<i>terconazole</i>	63	INSULIN	79	TRODELVY.....	40
<i>teriflunomide</i>	59	TRADJENTA.....	79	TROGARZO	7
TERIPARATIDE	83	<i>tramadol</i>	45	TROPHAMINE 10 %.....	92
<i>testosterone</i>	75, 76	<i>tramadol-acetaminophen</i>	45	<i>tropium</i>	90
<i>testosterone cypionate</i>	75	<i>trandolapril</i>	17	TRULANCE.....	22
<i>testosterone enanthate</i>	75	<i>trandolapril-verapamil</i>	17	TRULICITY	79
TETANUS,DIPHThERIA		<i>tranexamic acid</i>	63	TRUMENBA.....	27
TOX PED(PF)	26	<i>tranylcypromine</i>	55	TRUQAP	40
<i>tetrabenazine</i>	59	<i>travasol 10 %</i>	92	TUKYSA.....	40
<i>tetracycline</i>	12	<i>travoprost</i>	65	TURALIO.....	40
THALOMID.....	39	TRAZIMERA.....	40	<i>turqoz (28)</i>	62
<i>theophylline</i>	88	<i>trazodone</i>	55	TWINRIX (PF).....	27
<i>thioridazine</i>	55	TRECTOR.....	4	TYENNE	82
<i>thiotepa</i>	39	TRELEGY ELLIPTA.....	88	TYENNE AUTOINJECTOR	
<i>thiothixene</i>	55	TRELSTAR.....	40	.....	82
<i>tiadylt er</i>	17	TREMFYA.....	69	TYPHIM VI.....	27
<i>tiagabine</i>	48	<i>treprostinil sodium</i>	17	TYVASO	88
TIBSOVO.....	39	<i>tretinoin (antineoplastic)</i>	40	TYVASO INSTITUTIONAL	
TICE BCG.....	26	<i>tretinoin topical</i>	73	START KIT.....	88
TICOVAC	27	<i>triamcinolone acetonide</i> 60, 71,		TYVASO REFILL KIT.....	88
<i>tigecycline</i>	4	74		TYVASO STARTER KIT ...	88
<i>tilia fe</i>	62	<i>triamterene-hydrochlorothiazid</i>		U	
<i>timolol maleate</i>	17, 64	.....	17	UBRELVY	58
<i>tinidazole</i>	4	<i>tridacaine ii</i>	73	<i>unithroid</i>	74
<i>tiotropium bromide</i>	88	<i>tridacaine iii</i>	73	UNITUXIN.....	40

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 en 10/04/2024.

UPTRAVI.....	17	<i>vigpoder</i>	49	XIIDRA.....	66
<i>ursodiol</i>	22	<i>vilazodone</i>	56	XOFLUZA.....	8
UZEDY.....	55, 56	VIMIZIM.....	76	XOLAIR.....	88
V		<i>vinblastine</i>	40	XOSPATA.....	41
<i>valacyclovir</i>	7	<i>vincristine</i>	40	XPOVIO.....	41
VALCHLOR.....	73	<i>vinorelbine</i>	40	XTANDI.....	41
<i>valganciclovir</i>	7	<i>viorele (28)</i>	62	<i>xulane</i>	63
<i>valproate sodium</i>	48	VIRACEPT.....	7	Y	
<i>valproic acid</i>	48	VIREAD.....	8	YERVOY.....	41
<i>valproic acid (as sodium salt)</i>	49	VITRAKVI.....	40	YF-VAX (PF).....	27
<i>valrubicin</i>	40	VIVITROL.....	45	YONDELIS.....	41
<i>valsartan</i>	17	VIZIMPRO.....	40	YUFLYMA(CF).....	82
<i>valsartan-hydrochlorothiazide</i>	18	VONJO.....	40	YUFLYMA(CF) AI CROHN'S-UC-HS.....	82
VALTOCO.....	49	<i>voriconazole</i>	2	YUFLYMA(CF) AUTOINJECTOR.....	82
<i>vancomycin</i>	4, 5	VOSEVI.....	8	<i>yuvafem</i>	63
VANCOMYCIN IN 0.9 % SODIUM CHL.....	4	VOWST.....	22	Z	
VANFLYTA.....	40	VRAYLAR.....	56	<i>zafemy</i>	63
VAQTA (PF).....	27	VUMERITY.....	59	<i>zafirlukast</i>	88
<i>varenicline</i>	66	VYNDAMAX.....	13	<i>zaleplon</i>	56
VARIVAX (PF).....	27	VYXEOS.....	40	ZALTRAP.....	41
VARUBI.....	22	W		ZANOSAR.....	41
VAXCHORA VACCINE.....	27	<i>warfarin</i>	19	ZEJULA.....	41
VECTIBIX.....	40	<i>water for irrigation, sterile</i> ...68		ZELBORAF.....	41
<i>veletri</i>	18	WELIREG.....	41	<i>zenatane</i>	73
<i>velivet triphasic regimen (28)</i>	62	<i>wera (28)</i>	62	ZENPEP.....	23
VELTASSA.....	67	<i>wescap-pn dha</i>	93	ZEPOSIA.....	59
VEMLIDY.....	7	<i>wixela inhub</i>	88	ZEPOSIA STARTER KIT (28- DAY).....	59
VENCLEXTA.....	40	X		ZEPOSIA STARTER PACK (7-DAY).....	59
VENCLEXTA STARTING PACK.....	40	XALKORI.....	41	ZEPZELCA.....	41
<i>venlafaxine</i>	56	XARELTO.....	20	<i>zidovudine</i>	8
<i>verapamil</i>	18	XARELTO DVT-PE TREAT 30D START.....	20	<i>ziprasidone hcl</i>	56
VERQUVO.....	13	XCOPRI.....	49	<i>ziprasidone mesylate</i>	56
VERSACLOZ.....	56	XCOPRI MAINTENANCE PACK.....	49	ZIRABEV.....	41
VERZENIO.....	40	XCOPRI TITRATION PACK	49	ZIRGAN.....	64
<i>vestura (28)</i>	62	XDEMVOY.....	66	ZOLADEX.....	41
VIBATIV.....	5	XELJANZ.....	82	<i>zoledronic acid</i>	76
VIBERZI.....	22	XELJANZ XR.....	82	<i>zoledronic acid-mannitol-water</i>	68, 76
<i>vienva</i>	62	XERMELO.....	41	ZOLINZA.....	41
<i>vigabatrin</i>	49	XGEVA.....	27	<i>zolpidem</i>	56
<i>vigadrone</i>	49	XIAFLEX.....	68	ZONISADE.....	49
		XIFAXAN.....	5		
		XIGDUO XR.....	80		

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 en 10/04/2024.

<i>zonisamide</i>	49	<i>zumandimine (28)</i>	62	ZYMFENTRA.....	23
<i>zovia 1-35 (28)</i>	62	ZURZUVAE	56	ZYNLONTA	41
ZTALMY	49	ZYDELIG.....	41	ZYNYZ.....	41
ZUBSOLV	45	ZYKADIA.....	41	ZYPREXA RELPREVV	56

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 en 10/04/2024.

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 но 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
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

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: 00025339, n.º de versión: 9

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**.