| MMM Deluxe (HMO-POS) | MMM Balance (HMO-POS) |
|---|---|
| MMM Valioso (HMO-POS) | MMM Grandioso (HMO-POS) |
| MMM Mega Flex (HMO-POS) | |

# Formulario para 2027

# (Lista de Medicamentos Cubiertos o "Lista de Medicamentos")

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

HPMS ID 27353, Versión 10

Este formulario fue actualizado el 10/05/2026. Para información más reciente o para otras preguntas, por favor, comuníquese con Servicios al Afiliado de MMM Healthcare, LLC., al 1-866-333-5470 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., o visite www.mmmpr.com.

**Nota para los afiliados actuales**: Este formulario ha cambiado desde al año pasado. Por favor, revise este documento para asegurarse de que aún contiene los medicamentos que toma.

Cuando esta Lista de Medicamentos (formulario) dice "nosotros", "nos" o "nuestro", hace referencia a MMM Healthcare, LLC. Cuando dice "plan" o "nuestro plan", hace referencia a MMM Deluxe / MMM Valioso / MMM Balance / MMM Grandioso / MMM Mega Flex.

Este documento incluye una Lista de Medicamentos (formulario) de nuestro plan, la cual está en vigencia desde el 10/05/2026. Para obtener una Lista de Medicamentos (formulario) actualizado, por favor comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización de la Lista de Medicamentos (formulario), aparece en la portada y en la contraportada.

Generalmente, tiene que visitar las farmacias de la red para usar su beneficio de medicamentos recetados. Los beneficios, el formulario, la red de farmacias y/o los copagos/el coaseguro pueden cambiar el 1 de enero de 2027 y periódicamente durante el año.

## ¿Qué es el formulario de MMM Deluxe / MMM Valioso / MMM Balance / MMM Grandioso / MMM Mega Flex?

Es este documento, utilizamos los términos Lista de Medicamentos y formulario que significan lo mismo. Un formulario es una lista de medicamentos cubiertos seleccionados por nuestro plan con la colaboración de un equipo de proveedores de atención médica, que representa los tratamientos con receta que se consideran parte necesaria de un programa de tratamiento de calidad. Normalmente, nuestro plan cubrirá los medicamentos incluidos en el formulario, siempre que el medicamento sea médicamente necesario, el medicamento con receta se obtenga en una farmacia de la red del plan y se cumpla con otras reglas del plan. Para más información sobre cómo obtener sus medicamentos recetados, consulte su Evidencia de Cubierta.

## ¿Puede cambiar el formulario?

La mayoría de los cambios en la cubierta de medicamentos ocurren el 1 de enero, pero nuestro plan podría agregar o quitar medicamentos del formulario durante el año, moverlos a diferentes niveles de costo compartido o agregar nuevas restricciones. Tenemos que seguir las reglas de Medicare al hacer estos cambios. Las actualizaciones del formulario se publican mensualmente en nuestro sitio web: www.mmmpr.com.

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

- **Sustituciones inmediatas de algunas nuevas versiones de medicamentos de marca y productos biológicos originales.** Podemos eliminar inmediatamente un medicamento de nuestro formulario si lo estamos reemplazando con una nueva versión determinada de ese medicamento que aparecerá en el mismo nivel de costo compartido o en uno más bajo y con las mismas o menos restricciones. Cuando añadimos una nueva versión de un medicamento a nuestro formulario, podemos decidir mantener el medicamento de marca o el producto biológico original en nuestro formulario, pero moverlo inmediatamente a un nivel de costo compartido diferente o añadir nuevas restricciones.

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

  Si actualmente está tomando el medicamento de marca o el producto biológico original, es posible que no le informemos con anticipación antes de realizar un cambio inmediato, pero más adelante le proporcionaremos información sobre los cambios específicos que hemos realizado.

  Si hacemos un cambio de este tipo, usted o su médico pueden pedirnos que hagamos una excepción y continuemos cubriendo el medicamento que se está cambiando. Para más información, consulte la sección a continuación titulada "¿Cómo solicito una excepción al formulario de MMM Deluxe / MMM Valioso / MMM Balance / MMM Grandioso / MMM Mega Flex?”

  Algunos de estos medicamentos pueden ser nuevos para usted. Para obtener más información, consulte la sección titulada "¿Qué son los productos biológicos originales y cómo se relacionan con los biosimilares?"

- **Medicamentos retirados del mercado.** Si un medicamento es retirado del mercado por el manufacturero o la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA por sus siglas en inglés) determina que se retira por razones de seguridad o eficacia, es posible que eliminemos de inmediato dicho medicamento de nuestro formulario y luego le notificaremos a los afiliados que toman el medicamento.

- **Otros cambios.** Podemos hacer otros cambios que afectan a los afiliados que actualmente toman un medicamento. Por ejemplo, podemos eliminar un medicamento de marca del formulario cuando añadimos un equivalente genérico o eliminar un producto biológico original cuando añadimos un biosimilar. También podemos aplicar nuevas restricciones al medicamento de marca o al producto biológico original o moverlo a un nivel de costo compartido diferente, o ambos. Es posible que realicemos cambios basados en las nuevas guías clínicas. Si eliminamos medicamentos de nuestro formulario, añadimos preautorización, límites de cantidad y/o restricciones de terapia escalonada en un medicamento, o movemos un medicamento a un nivel de costo compartido más alto, tenemos que notificar a los afiliados afectados del cambio al menos 30 días antes de que el cambio entre en vigencia. Como alternativa, cuando un afiliado solicite una repetición del medicamento, el afiliado recibirá un suministro de 30 días de suministro y una notificación del cambio.

  Si realizamos estos otros cambios, usted o el médico que le receta puede solicitarnos que hagamos una excepción y sigamos cubriendo el medicamento que usted ha estado utilizando. En el aviso que le proporcionamos también se incluirá información sobre cómo solicitar una excepción, y usted también puede encontrar información en la sección a continuación titulada "¿Cómo solicito una excepción al Formulario de MMM Deluxe / MMM Valioso / MMM Balance / MMM Grandioso / MMM Mega Flex?"

**Cambios que no le afectarán si actualmente toma el medicamento.** En general, si usted toma un medicamento de nuestro formulario de 2027 que estaba cubierto al comienzo del año, nosotros no descontinuaremos ni reduciremos la cubierta del medicamento durante el año póliza 2027, excepto como descrito anteriormente. Esto significa que, por el resto del año de cubierta, estos medicamentos continuarán disponibles al mismo costo compartido y sin nuevas restricciones para aquellos afiliados que estén tomándolos. No recibirá notificación directa este año sobre los cambios que no le afectan. Sin embargo, el 1 de enero del próximo año, dichos cambios le afectarían, y es importante consultar el formulario para el nuevo año de beneficios con respecto a cualquier cambio en los medicamentos.

El formulario adjunto es vigente a partir del 10/05/2026. Para recibir información actualizada sobre los medicamentos cubiertos por nuestro plan, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto aparece en la portada y en la contraportada. En el caso de cambios al formulario a mediados de año en medicamentos que no son de mantenimiento, todos los afiliados afectados serán notificados por correo (al menos 30 días antes de que el cambio entre en vigencia). Además, una versión actualizada de nuestro formulario impreso estará disponible la primera semana del mes de efectividad y se publicará en nuestro sitio web: www.mmmpr.com.

## ¿Cómo utilizo el formulario?

Hay dos formas de encontrar su medicamento dentro del formulario:

**Condición médica**
El formulario comienza en la página 16. Los medicamentos en este formulario están agrupados por categorías según el tipo de condiciones médicas para las cuales son utilizados. Por ejemplo, los medicamentos utilizados para tratar una condición cardíaca se agrupan dentro de la categoría Agentes Cardiovasculares. Si sabe para qué se utiliza su medicamento, busque el nombre de la categoría en la lista que empieza en la página 14. Luego, busque su medicamento debajo del nombre de la categoría.

**Lista en orden alfabético**
Si no está seguro de cuál categoría consultar, debe buscar su medicamento en el Índice que comienza en la página 148. El Índice proporciona una lista en orden alfabético de todos los medicamentos incluidos en este documento. En el Índice, están tanto los medicamentos de marca como los genéricos. Busque en el Índice y encuentre su medicamento. Junto a su medicamento, verá el número de página donde puede encontrar

información sobre la cubierta. Vaya a la página que aparece en el Índice y encuentre el nombre de su medicamento en la primera columna de la lista.

## ¿Qué son los medicamentos genéricos?

Nuestro plan cubre tanto medicamentos de marca como genéricos. Un medicamento genérico está aprobado por la Administración de Medicamentos y Alimentos (FDA) por tener el mismo ingrediente activo que el medicamento de marca. Normalmente, los medicamentos genéricos funcional igual y suelen costar menos que los medicamentos de marca. Hay medicamentos genéricos disponibles para muchos medicamentos de marca. Por lo general, los medicamentos genéricos se pueden sustituir por el medicamento de marca en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, dependiendo de las leyes estatales.

## ¿Qué son los medicamentos biológicos y como están relacionados a los biosimilares?

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

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

## ¿Hay alguna restricción en mi cubierta?

Algunos medicamentos cubiertos pueden tener requisitos adicionales o límites de cubierta. Estos requisitos y límites pueden incluir:

- **Pre-autorización:** Nuestro plan exige que usted o su médico obtenga una pre-autorización para determinados medicamentos. Esto significa que necesitará contar con la aprobación de nuestro plan basado en criterios específicos antes de obtener sus medicamentos con receta. Si no consigue la aprobación, es posible que nuestro plan no cubra el medicamento.

- **Límites de cantidad:** Para ciertos medicamentos, nuestro plan limita la cantidad del medicamento que cubrirá. Por ejemplo, nuestro plan proporciona 60 tabletas por receta para *glimepiride*. Esto puede ser adicional a un suministro estándar para un mes o tres meses.

- **Terapia escalonada:** En algunos casos, nuestro plan requiere que usted primero pruebe ciertos medicamentos para tratar su condición médica antes de que cubramos otro medicamento para esa condición. Por ejemplo, si tanto el medicamento A como el medicamento B tratan su condición médica es posible que nuestro plan no cubra el medicamento B a menos que usted pruebe primero el medicamento A. Si el medicamento A no funciona para usted, entonces nuestro plan cubrirá el medicamento B.

Para averiguar si su medicamento tiene requisitos adicionales o límites, consulte el Formulario que empieza en la página 16. También puede obtener más información sobre las restricciones que aplican a medicamentos cubiertos específicos en nuestro sitio web. Hemos publicado documentos en línea que explican nuestras restricciones de pre-autorización y terapia escalonada. También puede pedirnos que le enviemos una copia. Nuestra información

de contacto, junto con la fecha de la última actualización del Formulario, aparece en la portada y en la contraportada.

Puede pedirle a nuestro plan que haga una excepción a estas restricciones o límites, o puede solicitarnos una lista de otros medicamentos similares que puedan tratar su condición médica. Consulte la sección "¿Cómo solicito una excepción al formulario de MMM Deluxe / MMM Valioso / MMM Balance / MMM Grandioso / MMM Mega Flex?" en la página 5 para obtener información sobre cómo solicitar una excepción.

## ¿Qué pasa si mi medicamento no está en el formulario?

Si su medicamento no está incluido en este Formulario (lista de medicamentos cubiertos), primero debe comunicarse con Servicios al Afiliado y preguntar si su medicamento está cubierto.

Si resulta que nuestro plan no cubre su medicamento, tiene dos alternativas:

- Puede pedirle a Servicios al Afiliado una lista de medicamentos similares que estén cubiertos por nuestro plan. Cuando reciba la lista, muéstresela a su médico y pídale que le recete un medicamento similar que esté cubierto por nuestro plan.

- Puede solicitar que nuestro plan haga una excepción y cubra su medicamento. Consulte a continuación para obtener información sobre cómo solicitar una excepción.

## ¿Cómo solicito una excepción al formulario de MMM Deluxe / MMM Valioso / MMM Balance / MMM Grandioso / MMM Mega Flex?

Puede solicitarle a nuestro plan que haga una excepción a nuestras reglas de cubierta. Hay varios tipos de excepciones que puede solicitarnos.

- Puede pedirnos que cubramos un medicamento, incluso si no está en nuestro formulario. Si se aprueba, este medicamento estará cubierto a un nivel de costo compartido predeterminado, y usted no podrá pedirnos que le brindemos el medicamento a un nivel de costo compartido menor.

- Puede pedirnos que no apliquemos restricciones de cubierta, incluyendo preautorización, terapia escalonada o el límite de cantidad en su medicamento. Por ejemplo, para algunos medicamentos, nuestro plan limita la cantidad del medicamento que cubriremos. Si su medicamento tiene un límite de cantidad, puede pedirnos que hagamos una excepción al límite y cubramos una cantidad mayor.

- Puede pedirnos que cubramos un medicamento del formulario con un nivel de costo compartido más bajo, a menos que el medicamento esté incluido en el nivel de medicamentos especializados. Si se aprueba, esto reduciría la cantidad que usted tiene que pagar por su medicamento.

Por lo general, nuestro plan solo aprobará su solicitud de excepción si las alternativas de medicamentos incluidas en el formulario del plan, el medicamento de menor costo compartido o aplicando la restricción no fuera tan efectiva para usted y/o pudiera causarle efectos adversos.

Usted o su médico debe comunicarse con nosotros para solicitarnos, una excepción de nivel o una excepción al formulario, incluyendo una excepción a restricción de cubierta. **Cuando solicita una excepción, su médico debe explicar las razones médicas por las cuales usted necesita una excepción.** Por lo general, tenemos que tomar una decisión dentro de las 72 horas a partir de la fecha de haber recibido la declaración que respalda su solicitud por parte del médico que le receta. Puede solicitar una decisión acelerada (rápida) si usted considera, y nosotros estamos de acuerdo, que esperar 72 horas para la toma de una decisión podría perjudicar gravemente su salud. Si estamos de acuerdo, o si su médico solicita una decisión rápida, tenemos que comunicarle nuestra decisión a más tardar dentro de las 24 horas después de haber recibido la declaración de respaldo de quien le receta.

## ¿Qué puedo hacer si mi medicamento no está en formularios o tiene una restricción?

Como afiliado nuevo o que ya estaba en nuestro plan, es posible que esté tomando medicamentos que no estén incluidos en nuestro formulario. O, puede que esté tomando un medicamento incluido en nuestro formulario, pero tiene una restricción de cubierta como preautorización. Debe consultar con su médico sobre solicitar una determinación de cubierta para demostrar que cumple con el criterio para una aprobación, cambiar a un medicamento alternativo que está cubierto, o solicitar una excepción al formulario para que le cubramos el medicamento que toma. Mientras usted y su médico determina el curso a seguir más apropiado en su caso, podemos cubrir su medicamento, en algunos casos, durante los primeros 90 días en que usted sea un afiliado de nuestro plan.

Por cada uno de sus medicamentos que no estén incluidos en nuestro formulario, o tiene una restricción de cubierta, cubriremos un suministro temporero para 30 días. Si su receta está hecha para menos días, permitiremos que obtenga repeticiones por un máximo de hasta 30 días del medicamento. Si la cubierta no es aprobada, después del primer suministro para 30 días, no pagaremos por estos medicamentos, incluso si ha sido afiliado del plan por menos de 90 días.

Si es residente de una institución de cuidado prolongado y necesita un medicamento que no está en nuestro formulario o si su capacidad para conseguir sus medicamentos es limitada, pero ya pasaron los primeros 90 días de afiliación en nuestro plan, cubriremos un suministro de emergencia, para 31 días, de ese medicamento mientras solicita la excepción al formulario.

Para aquellos afiliados que son dados de alta de un hospital o de cualquiera otra institución de cuidado a sus hogares, nuestro plan proveerá un suministro temporero de 30 días de los medicamentos que no están en nuestro formulario o que tienen una restricción de uso, mientras le pide a su médico que le recete un medicamento similar que esté cubierto por nuestro plan.

## Para obtener más información

Para obtener información más detallada sobre la cubierta de medicamentos recetados de su plan, consulte su Evidencia de Cubierta y otros materiales del plan.

Si tiene alguna pregunta sobre nuestro plan, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización del Formulario, aparece en la portada y en la contraportada.
Si tiene preguntas generales sobre la cubierta de medicamentos recetados de Medicare, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. O, visite http://www.medicare.gov.

## Formulario de MMM Medicare, LLC

El formulario a continuación proporciona información sobre la cubierta de medicamentos cubiertos por nuestro plan. Si tiene alguna dificultad para encontrar en la lista el medicamento que toma, consulte el Índice que comienza en la página 148.

La primera columna de la tabla menciona el nombre del medicamento. Los medicamentos de marca están en letra mayúscula (por ejemplo, JENTADUETO) y los medicamentos genéricos están en letra minúscula y cursiva (por ejemplo, *glipizide*).

La información incluida en la columna de Requisitos/Límites le indica si el plan tiene algún requisito especial para la cubierta de su medicamento.

## Estructura de niveles

Antes de que el costo total anual pago de su bolsillo por medicamentos pagado por usted alcance $2,400, usted paga lo siguiente por medicamentos recetados:

| | Nivel | Medicamento | Copago por cantidad al detal (30 días) | Copago por cantidad al detal (90 días) | Copago por orden por correo (90 días) |
|---|---|---|---|---|---|
| **MMM Deluxe (HMO-POS)** | 1 | Genérico Preferido | $0.00 | $0.00 | $0.00 |
| | 2 | Genérico | $0.00 | $0.00 | $0.00 |
| | 3 | Marca Preferida | $8.00 | $16.00 | $16.00 |
| | 4 | Medicamento No Preferido | $12.00 | $24.00 | $24.00 |
| | 5 | Especializado | 33% / Insulinas $35.00 | No Cubierto | No Cubierto |
| | 6 | Medicamentos de cuidado selecto | $0.00 | $0.00 | $0.00 |

Usted no tendrá que pagar por vacunas cubiertas de la Parte D. Para insulinas usted no pagará más de $35 de copago por un suministro de un (1) mes en la Etapa Inicial.

Para más información sobre cómo aplica el nivel de copago, por favor revise su Evidencia de Cubierta.

Luego de que sus costos totales anuales de su bolsillo, el plan paga el costo total de sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Usted no paga nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D.

## Estructura de niveles

Antes de que el costo total anual pago de su bolsillo por medicamentos pagado por usted alcance $2,400, usted paga lo siguiente por medicamentos recetados:

| | Nivel | Medicamento | Copago por cantidad al detal (30 días) | Copago por cantidad al detal (90 días) | Copago por orden por correo (90 días) |
|---|---|---|---|---|---|
| **MMM Balance (HMO-POS)** | 1 | Genérico Preferido | $0.00 | $0.00 | $0.00 |
| | 2 | Genérico | $0.00 | $0.00 | $0.00 |
| | 3 | Marca Preferida | $6.00 | $12.00 | $12.00 |
| | 4 | Medicamento No Preferido | $8.00 | $16.00 | $16.00 |
| | 5 | Especializado | 33% / Insulinas $35.00 | No Cubierto | No Cubierto |
| | 6 | Medicamentos de cuidado selecto | $0.00 | $0.00 | $0.00 |

Usted no tendrá que pagar por vacunas cubiertas de la Parte D. Para insulinas usted no pagará más de $35 de copago por un suministro de un (1) mes en la Etapa Inicial.

Para más información sobre cómo aplica el nivel de copago, por favor revise su Evidencia de Cubierta.

Luego de que sus costos totales anuales de su bolsillo, el plan paga el costo total de sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Usted no paga nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D.

## Estructura de niveles

Antes de que el costo total anual pago de su bolsillo por medicamentos pagado por usted alcance $2,400, usted paga lo siguiente por medicamentos recetados:

| | Nivel | Medicamento | Copago por cantidad al detal (30 días) | Copago por cantidad al detal (90 días) | Copago por orden por correo (90 días) |
|---|---|---|---|---|---|
| **MMM Valioso (HMO-POS)** | 1 | Genérico Preferido | $0.00 | $0.00 | $0.00 |
| | 2 | Genérico | $0.00 | $0.00 | $0.00 |
| | 3 | Marca Preferida | $8.00 | $16.00 | $16.00 |
| | 4 | Medicamento No Preferido | $18.00 | $36.00 | $36.00 |
| | 5 | Especializado | 33% / Insulinas $35.00 | No Cubierto | No Cubierto |
| | 6 | Medicamentos de cuidado selecto | $0.00 | $0.00 | $0.00 |

Usted no tendrá que pagar por vacunas cubiertas de la Parte D. Para insulinas usted no pagará más de $35 de copago por un suministro de un (1) mes en la Etapa Inicial.

Para más información sobre cómo aplica el nivel de copago, por favor revise su Evidencia de Cubierta.

Luego de que sus costos totales anuales de su bolsillo, el plan paga el costo total de sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Usted no paga nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D.

## Estructura de niveles

Antes de que el costo total anual pago de su bolsillo por medicamentos pagado por usted alcance $2,400, usted paga lo siguiente por medicamentos recetados:

| | Nivel | Medicamento | Copago por cantidad al detal (30 días) | Copago por cantidad al detal (90 días) | Copago por orden por correo (90 días) |
|---|---|---|---|---|---|
| **MMM Grandioso (HMO-POS)** | 1 | Genérico Preferido | $0.00 | $0.00 | $0.00 |
| | 2 | Genérico | $0.00 | $0.00 | $0.00 |
| | 3 | Marca Preferida | $5.00 | $10.00 | $10.00 |
| | 4 | Medicamento No Preferido | $15.00 | $30.00 | $30.00 |
| | 5 | Especializado | 33% / Insulinas $35.00 | No Cubierto | No Cubierto |
| | 6 | Medicamentos de cuidado selecto | $0.00 | $0.00 | $0.00 |

Usted no tendrá que pagar por vacunas cubiertas de la Parte D. Para insulinas usted no pagará más de $35 de copago por un suministro de un (1) mes en la Etapa Inicial.

Para más información sobre cómo aplica el nivel de copago, por favor revise su Evidencia de Cubierta.

Luego de que sus costos totales anuales de su bolsillo, el plan paga el costo total de sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Usted no paga nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D.

## Estructura de niveles

Antes de que el costo total anual pago de su bolsillo por medicamentos pagado por usted alcance $2,400, usted paga lo siguiente por medicamentos recetados:

| | Nivel | Medicamento | Copago por cantidad al detal (30 días) | Copago por cantidad al detal (90 días) | Copago por orden por correo (90 días) |
|---|---|---|---|---|---|
| **MMM Mega Flex (HMO-POS)** | 1 | Genérico Preferido | $0.00 | $0.00 | $0.00 |
| | 2 | Genérico | $0.00 | $0.00 | $0.00 |
| | 3 | Marca Preferida | $0.00 | $0.00 | $0.00 |
| | 4 | Medicamento No Preferido | $0.00 | $0.00 | $0.00 |
| | 5 | Especializado | 33% / Insulinas $35.00 | No Cubierto | No Cubierto |
| | 6 | Medicamentos de cuidado selecto | $0.00 | $0.00 | $0.00 |

Usted no tendrá que pagar por vacunas cubiertas de la Parte D. Para insulinas usted no pagará más de $35 de copago por un suministro de un (1) mes en la Etapa Inicial.

Para más información sobre cómo aplica el nivel de copago, por favor revise su Evidencia de Cubierta.

Luego de que sus costos totales anuales de su bolsillo, el plan paga el costo total de sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Usted no paga nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D.

## Símbolos y abreviaturas utilizadas en el Formulario

PA - medicamentos que requieren preautorización
QL (##/##) - medicamentos con límite de cantidad; la cantidad en paréntesis especifica la cantidad límite para el máximo de días de suministro.
ST - terapia escalonada
LA - medicamentos con acceso limitado (ej., Medicamentos Especializados)
MT - medicamentos de mantenimiento (ej., suministro de 90 días - farmacias contratadas y envío por correo)
FFL – medicamentos de mantenimiento limitados a un suministro de un (1) mes para el primer despacho.

# Tabla de Contenido

Agentes Antidemencia ..... 16
Agentes Antigota ..... 16
Agentes Antimiasténicos ..... 17
Agentes Bipolares ..... 17
Agentes Cardiovasculares ..... 20
Agentes Del Sistema Nervioso Central ..... 30
Agentes Dermatológicos ..... 34
Agentes Gastrointestinales ..... 39
Agentes Genitourinarios ..... 42
Agentes Hormonales, Estimulantes / Reemplazo / Modificación (Adrenal) ..... 44
Agentes Hormonales, Estimulantes / Reemplazo / Modificación (Modificadores/Hormonas Sexuales) ..... 45
Agentes Hormonales, Estimulantes / Reemplazo / Modificación (Pituitaria) ..... 53
Agentes Hormonales, Estimulantes / Reemplazo / Modificación (Prostaglandinas) ..... 53
Agentes Hormonales, Estimulantes / Reemplazo / Modificación (Tiroides) ..... 53
Agentes Hormonales, Supresores (Suprarrenales O Pituitarios) ..... 54
Agentes Hormonales, Supresores (Tiroides) ..... 55
Agentes Inmunológicos ..... 55
Agentes Oftálmicos ..... 65
Agentes Orales Y Dentales ..... 69
Agentes Oticos ..... 69
Agentes Para El Desórden Del Sueño ..... 69
Agentes Para El Tratamiento De Abuso De Sustancias. Anti-Adicción ..... 71
Agentes Para El Tratamiento De La Espasticidad ..... 72
Agentes Para El Tratamiento De La Migraña ..... 72
Agentes Para El Tratamiento De Parkinson ..... 74
Agentes Para La Enfermedad Inflamatoria Intestinal ..... 76

Agentes Para la Enfermedad Metabólica Del Hueso ..... 77
Agentes Pulmonares/ Tracto Respiratorio ..... 78
Analgésicos ..... 84
Anestésicos ..... 88
Ansiolíticos ..... 88
Antibacteriales ..... 91
Anticonvulsivos ..... 98
Antidepresivos ..... 102
Antieméticos ..... 107
Antifungales ..... 108
Antimicobacteriales ..... 109
Antineoplásicos ..... 110
Antiparasíticos ..... 122
Antisicóticos ..... 123
Antivirales ..... 127
Electrólitos / Minerales / Metales / Vitaminas ..... 132
Antídotos ..... 136
Productos Sanguíneos Y Modificadores ..... 136
Reguladores De Glucosa En Sangre ..... 139
Relajantes Musculo Esqueletales ..... 145
Trastorno Genético O De Enzimas O Proteínas: Reemplazo, Modificadores, Tratamiento ..... 145

| Medicamento | Referencia de Marca | Nivel | Requisitos/Límites |
|---|---|---|---|
| **Agentes Antidemencia** | | | |
| ***Agentes Antidemencia, Otros*** | | | |
| *donepezil hcl oral tablet 10 mg, 5 mg* | ARICEPT | 1 | MT; QL (30 EA per 30 days) |
| *donepezil hcl oral tablet dispersible 10 mg, 5 mg* | | 1 | MT; QL (30 EA per 30 days) |
| LEQEMBI IQLIK (500 MG DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 2 X 250 MG/1.25ML | | 5 | PA; QL (10 ML per 28 days) |
| LEQEMBI IQLIK SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 360 MG/1.8ML | | 5 | PA; QL (7.2 ML per 28 days) |
| *memantine hcl-donepezil hcl er oral capsule extended release 24 hour 14-10 mg, 21-10 mg, 28-10 mg* | NAMZARIC | 4 | MT; QL (30 EA per 30 days) |
| ***Antagonistas Del Receptor De N-Metil-D-Aspartato (Nmda)*** | | | |
| *memantine hcl er oral capsule extended release 24 hour 14 mg, 21 mg, 28 mg, 7 mg* | | 2 | MT; QL (30 EA per 30 days) |
| *memantine hcl oral solution 2 mg/ml* | | 4 | MT |
| *memantine hcl oral tablet 10 mg, 5 mg* | | 2 | MT |
| ***Inhibidores De Colinesterasa*** | | | |
| *donepezil hcl oral tablet 10 mg, 23 mg, 5 mg* | ARICEPT | 1 | MT; QL (30 EA per 30 days) |
| *donepezil hcl oral tablet dispersible 10 mg, 5 mg* | | 1 | MT; QL (30 EA per 30 days) |
| *galantamine hydrobromide er oral capsule extended release 24 hour 16 mg, 24 mg, 8 mg* | | 2 | MT; QL (30 EA per 30 days) |
| *galantamine hydrobromide oral solution 4 mg/ml* | | 2 | MT |
| *galantamine hydrobromide oral tablet 12 mg, 4 mg, 8 mg* | | 2 | MT |
| *rivastigmine tartrate oral capsule 1.5 mg, 3 mg, 4.5 mg, 6 mg* | | 2 | MT |
| *rivastigmine transdermal patch 24 hour 13.3 mg/24hr, 4.6 mg/24hr, 9.5 mg/24hr* | EXELON | 2 | MT; QL (30 EA per 30 days) |
| **Agentes Antigota** | | | |

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 13.

| Medicamento | Referencia de Marca | Nivel | Requisitos/Límites |
|---|---|---|---|
| ***Agentes Antigota*** | | | |
| *allopurinol oral tablet 100 mg, 300 mg* | | 2 | MT |
| *colchicine oral capsule 0.6 mg* | MITIGARE | 2 | |
| *colchicine oral tablet 0.6 mg* | | 2 | |
| *colchicine-probenecid oral tablet 0.5-500 mg* | | 2 | MT |
| *febuxostat oral tablet 40 mg, 80 mg* | ULORIC | 2 | MT |
| *probenecid oral tablet 500 mg* | | 2 | MT |
| **Agentes Antimiasténicos** | | | |
| ***Parasimpatomiméticos*** | | | |
| *pyridostigmine bromide er oral tablet extended release 180 mg* | MESTINON | 2 | |
| *pyridostigmine bromide oral solution 60 mg/5ml* | MESTINON | 2 | |
| *pyridostigmine bromide oral tablet 30 mg* | | 2 | |
| *pyridostigmine bromide oral tablet 60 mg* | MESTINON | 2 | |
| VYVGART HYTRULO SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 1000-10000 MG-UNT/5ML | | 5 | PA; LA; QL (20 ML per 28 days) |
| **Agentes Bipolares** | | | |
| ***Agentes Bipolares, Otros*** | | | |
| *asenapine maleate sublingual tablet sublingual 10 mg, 2.5 mg, 5 mg* | SAPHRIS | 4 | MT; QL (60 EA per 30 days) |
| *lamotrigine oral tablet 25 mg* | SUBVENITE | 2 | MT |
| *lurasidone hcl oral tablet 120 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg* | LATUDA | 2 | MT |
| LYBALVI ORAL TABLET 10-10 MG, 15-10 MG, 20-10 MG, 5-10 MG | | 5 | ST; QL (30 EA per 30 days) |
| *olanzapine intramuscular solution reconstituted 10 mg* | ZYPREXA | 2 | |
| *olanzapine oral tablet 10 mg, 15 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg, 7.5 mg* | ZYPREXA | 2 | MT |
| *olanzapine oral tablet dispersible 10 mg, 15 mg, 20 mg, 5 mg* | ZYPREXA ZYDIS | 2 | MT |
| *quetiapine fumarate er oral tablet extended release 24 hour 150 mg, 200 mg* | SEROQUEL XR | 2 | MT; QL (30 EA per 30 days) |

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 13.

| Medicamento | Referencia de Marca | Nivel | Requisitos/Límites |
|---|---|---|---|
| *quetiapine fumarate er oral tablet extended release 24 hour 300 mg, 400 mg, 50 mg* | SEROQUEL XR | 2 | MT; QL (60 EA per 30 days) |
| *quetiapine fumarate oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 300 mg, 400 mg, 50 mg* | SEROQUEL | 2 | MT |
| *risperidone microspheres er intramuscular suspension reconstituted er 12.5 mg, 25 mg* | RISPERDAL CONSTA | 4 | QL (2 EA per 28 days) |
| *risperidone microspheres er intramuscular suspension reconstituted er 37.5 mg, 50 mg* | RISPERDAL CONSTA | 5 | QL (2 EA per 28 days) |
| *risperidone oral solution 1 mg/ml* | RISPERDAL | 2 | MT |
| *risperidone oral tablet 0.25 mg* | | 2 | MT |
| *risperidone oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg* | RISPERDAL | 2 | MT |
| *risperidone oral tablet dispersible 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg* | | 2 | MT |
| SAPHRIS SUBLINGUAL TABLET SUBLINGUAL 10 MG, 2.5 MG, 5 MG | | 4 | ST; MT |
| SECUADO TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 3.8 MG/24HR, 5.7 MG/24HR, 7.6 MG/24HR | | 5 | ST; QL (30 EA per 30 days) |
| *ziprasidone hcl oral capsule 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg* | GEODON | 2 | MT |
| *ziprasidone mesylate intramuscular solution reconstituted 20 mg* | GEODON | 2 | QL (6 EA per 3 days) |
| ***Estabilizadores De Humor*** | | | |
| *carbamazepine er oral capsule extended release 12 hour 100 mg, 200 mg, 300 mg* | | 2 | MT |
| *carbamazepine er oral tablet extended release 12 hour 100 mg* | TEGRETOL-XR | 2 | MT |
| *carbamazepine oral suspension 100 mg/5ml* | TEGRETOL | 2 | MT |
| *carbamazepine oral tablet 200 mg* | TEGRETOL | 2 | MT |
| *carbamazepine oral tablet chewable 100 mg, 200 mg* | | 2 | MT |
| *divalproex sodium er oral tablet extended release 24 hour 250 mg, 500 mg* | DEPAKOTE ER | 2 | MT |
| *divalproex sodium oral capsule delayed release sprinkle 125 mg* | DEPAKOTE SPRINKLES | 2 | MT |

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 13.

| Medicamento | Referencia de Marca | Nivel | Requisitos/Límites |
|---|---|---|---|
| *divalproex sodium oral tablet delayed release 125 mg, 250 mg, 500 mg* | DEPAKOTE | 2 | MT |
| *lamotrigine er oral tablet extended release 24 hour 50 mg* | LAMICTAL XR | 2 | MT |
| *lamotrigine oral kit 21 x 25 mg & 7 x 50 mg, 25 & 50 & 100 mg, 42 x 50 mg & 14x100 mg* | LAMICTAL ODT | 2 | |
| *lamotrigine oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg* | SUBVENITE | 2 | MT |
| *lamotrigine oral tablet chewable 25 mg, 5 mg* | LAMICTAL | 2 | MT |
| *lamotrigine oral tablet dispersible 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg* | LAMICTAL ODT | 2 | MT |
| *lamotrigine starter kit-blue oral kit 35 x 25 mg* | SUBVENITE STARTER KIT-BLUE | 2 | |
| *lamotrigine starter kit-green oral kit 84 x 25 mg & 14x100 mg* | SUBVENITE STARTER KIT-GREEN | 2 | |
| *lamotrigine starter kit-orange oral kit 42 x 25 mg & 7 x 100 mg* | SUBVENITE STARTER KIT-ORANGE | 2 | |
| *lithium carbonate er oral tablet extended release 300 mg* | LITHOBID | 2 | MT |
| *lithium carbonate er oral tablet extended release 450 mg* | | 2 | MT |
| *lithium carbonate oral capsule 150 mg, 300 mg, 600 mg* | | 2 | MT |
| *lithium carbonate oral tablet 300 mg* | | 2 | MT |
| *lithium oral solution 8 meq/5ml* | | 2 | MT |
| SUBVENITE ORAL SUSPENSION 10 MG/ML | | 4 | MT |
| SUBVENITE ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG, 25 MG | | 2 | MT |
| SUBVENITE STARTER KIT-BLUE ORAL KIT 35 X 25 MG | | 2 | |
| SUBVENITE STARTER KIT-GREEN ORAL KIT 84 X 25 MG & 14X100 MG | | 2 | |
| SUBVENITE STARTER KIT-ORANGE ORAL KIT 42 X 25 MG & 7 X 100 MG | | 2 | |
| TEGRETOL ORAL SUSPENSION 100 MG/5ML | | 4 | MT |
| TEGRETOL ORAL TABLET 200 MG | | 4 | MT |

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 13.

| Medicamento | Referencia de Marca | Nivel | Requisitos/Límites |
|---|---|---|---|
| TEGRETOL-XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR 100 MG, 200 MG, 400 MG | | 4 | MT |
| *valproic acid oral capsule 250 mg* | | 2 | MT |
| *valproic acid oral solution 250 mg/5ml* | | 2 | MT |
| **Agentes Cardiovasculares** | | | |
| ***Agentes Bloqueadores Beta-Adrenérgicos*** | | | |
| *acebutolol hcl oral capsule 200 mg, 400 mg* | | 2 | MT |
| *atenolol oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg* | TENORMIN | 2 | MT |
| *betaxolol hcl oral tablet 10 mg, 20 mg* | | 2 | MT |
| *bisoprolol fumarate oral tablet 10 mg, 5 mg* | | 2 | MT |
| *carvedilol oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 3.125 mg, 6.25 mg* | COREG | 2 | MT |
| *carvedilol phosphate er oral capsule extended release 24 hour 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg* | COREG CR | 2 | MT |
| *labetalol hcl oral tablet 100 mg, 200 mg, 300 mg* | | 2 | MT |
| *metoprolol succinate er oral tablet extended release 24 hour 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg* | TOPROL XL | 2 | MT |
| *metoprolol tartrate oral tablet 100 mg, 50 mg* | LOPRESSOR | 2 | MT |
| *metoprolol tartrate oral tablet 25 mg, 37.5 mg, 75 mg* | | 2 | MT |
| *nadolol oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg* | | 2 | MT |
| *pindolol oral tablet 10 mg, 5 mg* | | 2 | MT |
| *propranolol hcl er oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 160 mg, 60 mg, 80 mg* | INDERAL LA | 2 | MT |
| *propranolol hcl oral solution 20 mg/5ml, 40 mg/5ml* | | 2 | MT |
| *propranolol hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg* | | 2 | MT |
| *timolol maleate oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg* | | 1 | MT |

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 13.

| Medicamento | Referencia de Marca | Nivel | Requisitos/Límites |
|---|---|---|---|
| ***Agentes Cardiovasculares, Otros*** | | | |
| *acetazolamide oral tablet 125 mg, 250 mg* | | 2 | MT |
| *aliskiren fumarate oral tablet 150 mg, 300 mg* | TEKTURNA | 4 | MT; QL (30 EA per 30 days) |
| *amiloride-hydrochlorothiazide oral tablet 5-50 mg* | | 2 | MT |
| *amlodipine besy-benazepril hcl oral capsule 10-20 mg, 5-10 mg* | LOTREL | 1 | MT |
| *amlodipine besy-benazepril hcl oral capsule 10-40 mg, 2.5-10 mg, 5-20 mg, 5-40 mg* | | 1 | MT |
| *amlodipine besylate-valsartan oral tablet 10-160 mg, 10-320 mg, 5-160 mg, 5-320 mg* | EXFORGE | 1 | MT; QL (30 EA per 30 days) |
| *amlodipine-atorvastatin oral tablet 10-10 mg, 10-20 mg, 10-40 mg, 10-80 mg, 5-10 mg, 5-20 mg, 5-40 mg, 5-80 mg* | CADUET | 2 | MT; QL (30 EA per 30 days) |
| *amlodipine-atorvastatin oral tablet 2.5-10 mg, 2.5-20 mg, 2.5-40 mg* | | 2 | MT; QL (30 EA per 30 days) |
| *amlodipine-olmesartan oral tablet 10-20 mg, 10-40 mg, 5-20 mg, 5-40 mg* | AZOR | 1 | MT; QL (30 EA per 30 days) |
| *amlodipine-valsartan-hctz oral tablet 10-160-12.5 mg, 10-160-25 mg, 10-320-25 mg, 5-160-12.5 mg, 5-160-25 mg* | EXFORGE HCT | 4 | MT; QL (30 EA per 30 days) |
| *atenolol-chlorthalidone oral tablet 100-25 mg, 50-25 mg* | | 2 | MT |
| *benazepril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg* | LOTENSIN HCT | 1 | MT |
| *benazepril-hydrochlorothiazide oral tablet 5-6.25 mg* | | 1 | MT |
| *bisoprolol-hydrochlorothiazide oral tablet 10-6.25 mg, 2.5-6.25 mg, 5-6.25 mg* | | 2 | MT |
| CAMZYOS ORAL CAPSULE 10 MG, 15 MG, 2.5 MG, 5 MG | | 5 | PA; LA; QL (30 EA per 30 days) |
| *candesartan cilexetil-hctz oral tablet 16-12.5 mg* | ATACAND HCT | 1 | MT; QL (60 EA per 30 days) |
| *candesartan cilexetil-hctz oral tablet 32-12.5 mg, 32-25 mg* | ATACAND HCT | 1 | MT; QL (30 EA per 30 days) |
| *digoxin oral solution 0.05 mg/ml* | | 2 | MT |

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 13.

| Medicamento | Referencia de Marca | Nivel | Requisitos/Límites |
|---|---|---|---|
| *digoxin oral tablet 125 mcg* | | 2 | MT; QL (30 EA per 30 days) |
| *digoxin oral tablet 250 mcg* | | 2 | MT |
| *digoxin oral tablet 62.5 mcg* | LANOXIN | 2 | MT; QL (30 EA per 30 days) |
| *enalapril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-25 mg* | VASERETIC | 1 | MT |
| *enalapril-hydrochlorothiazide oral tablet 5-12.5 mg* | | 1 | MT |
| ENTRESTO ORAL CAPSULE SPRINKLE 15-16 MG, 6-6 MG | | 3 | MT; QL (240 EA per 30 days); FFL |
| FILSPARI ORAL TABLET 200 MG, 400 MG | | 5 | PA; LA; QL (60 EA per 30 days) |
| *fosinopril sodium-hctz oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg* | | 1 | MT |
| *irbesartan-hydrochlorothiazide oral tablet 150-12.5 mg, 300-12.5 mg* | AVALIDE | 1 | MT; QL (30 EA per 30 days) |
| *ivabradine hcl oral tablet 5 mg, 7.5 mg* | CORLANOR | 2 | PA; MT; QL (60 EA per 30 days); FFL |
| *lisinopril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg* | ZESTORETIC | 1 | MT |
| *losartan potassium-hctz oral tablet 100-12.5 mg, 100-25 mg* | HYZAAR | 1 | MT; QL (30 EA per 30 days) |
| *losartan potassium-hctz oral tablet 50-12.5 mg* | HYZAAR | 1 | MT; QL (60 EA per 30 days) |
| *methyldopa oral tablet 250 mg, 500 mg* | | 2 | MT |
| *metoprolol-hydrochlorothiazide oral tablet 100-25 mg, 100-50 mg, 50-25 mg* | | 2 | MT |
| *metyrosine oral capsule 250 mg* | | 5 | |
| *olmesartan medoxomil-hctz oral tablet 20-12.5 mg, 40-12.5 mg, 40-25 mg* | BENICAR HCT | 1 | MT; QL (30 EA per 30 days) |
| *olmesartan-amlodipine-hctz oral tablet 20-5-12.5 mg, 40-10-12.5 mg, 40-10-25 mg, 40-5-12.5 mg, 40-5-25 mg* | TRIBENZOR | 2 | MT; QL (30 EA per 30 days) |
| *pentoxifylline er oral tablet extended release 400 mg* | | 2 | MT |
| *ranolazine er oral tablet extended release 12 hour 1000 mg, 500 mg* | | 2 | MT; QL (60 EA per 30 days) |
| *sacubitril-valsartan oral tablet 24-26 mg* | ENTRESTO | 2 | MT; QL (180 EA per 30 days) |

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 13.

| Medicamento | Referencia de Marca | Nivel | Requisitos/Límites |
|---|---|---|---|
| *sacubitril-valsartan oral tablet 49-51 mg, 97-103 mg* | ENTRESTO | 2 | MT; QL (60 EA per 30 days) |
| *spironolactone-hctz oral tablet 25-25 mg* | | 2 | MT |
| *telmisartan-hctz oral tablet 40-12.5 mg, 80-12.5 mg, 80-25 mg* | MICARDIS HCT | 1 | MT; QL (30 EA per 30 days) |
| *triamterene-hctz oral capsule 37.5-25 mg* | | 2 | MT |
| *triamterene-hctz oral tablet 37.5-25 mg, 75-50 mg* | | 2 | MT |
| *valsartan-hydrochlorothiazide oral tablet 160-12.5 mg, 160-25 mg, 320-12.5 mg, 320-25 mg, 80-12.5 mg* | DIOVAN HCT | 1 | MT; QL (30 EA per 30 days) |
| WEGOVY ORAL TABLET 1.5 MG, 4 MG, 9 MG | | 3 | PA; QL (30 EA per 30 days) |
| WEGOVY ORAL TABLET 25 MG | | 3 | PA; MT; QL (30 EA per 30 days); FFL |
| WEGOVY SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 0.25 MG/0.5ML, 0.5 MG/0.5ML, 1 MG/0.5ML | | 3 | PA; QL (2 ML per 28 days) |
| WEGOVY SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 1.7 MG/0.75ML, 2.4 MG/0.75ML | | 3 | PA; MT; QL (3 ML per 28 days); FFL |
| ***Agentes De Bloqueo Alfa-Adrenérgicos*** | | | |
| *doxazosin mesylate oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg* | CARDURA | 2 | MT |
| *prazosin hcl oral capsule 1 mg, 2 mg, 5 mg* | | 2 | MT |
| *terazosin hcl oral capsule 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg* | | 2 | MT |
| ***Agentes De Bloqueo De Los Canales De Calcio, Dihidropiridinas*** | | | |
| *amlodipine besylate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg* | NORVASC | 2 | MT |
| *felodipine er oral tablet extended release 24 hour 10 mg, 2.5 mg, 5 mg* | | 2 | MT |
| *isradipine oral capsule 2.5 mg, 5 mg* | | 2 | MT |
| *nicardipine hcl oral capsule 20 mg, 30 mg* | | 2 | MT |

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 13.

| Medicamento | Referencia de Marca | Nivel | Requisitos/Límites |
|---|---|---|---|
| *nifedipine er oral tablet extended release 24 hour 30 mg, 60 mg, 90 mg* | | 2 | MT |
| *nifedipine er osmotic release oral tablet extended release 24 hour 30 mg, 60 mg* | PROCARDIA XL | 2 | MT |
| *nifedipine er osmotic release oral tablet extended release 24 hour 90 mg* | | 2 | MT |
| *nimodipine oral capsule 30 mg* | | 2 | |
| *nisoldipine er oral tablet extended release 24 hour 17 mg, 34 mg, 8.5 mg* | SULAR | 2 | MT |
| ***Agentes De Bloqueo De Los Canales De Calcio, No Dihidropiridinas*** | | | |
| CARTIA XT ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 120 MG, 180 MG, 240 MG, 300 MG | | 2 | MT |
| *diltiazem hcl er beads oral capsule extended release 24 hour 360 mg, 420 mg* | | 2 | MT |
| *diltiazem hcl er coated beads oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg* | | 2 | MT |
| *diltiazem hcl er coated beads oral capsule extended release 24 hour 360 mg* | CARDIZEM CD | 2 | MT |
| *diltiazem hcl er oral capsule extended release 12 hour 120 mg, 60 mg, 90 mg* | | 2 | MT |
| *diltiazem hcl er oral tablet extended release 24 hour 120 mg* | CARDIZEM LA | 2 | MT |
| *diltiazem hcl er oral tablet extended release 24 hour 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg, 420 mg* | | 2 | MT |
| *diltiazem hcl oral tablet 120 mg, 30 mg, 60 mg* | CARDIZEM | 2 | MT |
| *diltiazem hcl oral tablet 90 mg* | | 2 | MT |
| *dilt-xr oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg, 240 mg* | | 2 | MT |
| MATZIM LA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 180 MG, 240 MG, 300 MG, 360 MG, 420 MG | | 2 | MT |
| *verapamil hcl er oral capsule extended release 24 hour 100 mg, 120 mg, 180 mg, 200 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg* | | 2 | MT |

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 13.

| Medicamento | Referencia de Marca | Nivel | Requisitos/Límites |
|---|---|---|---|
| *verapamil hcl er oral tablet extended release 120 mg, 180 mg, 240 mg* | | 2 | MT |
| *verapamil hcl oral tablet 120 mg, 40 mg, 80 mg* | | 2 | MT |
| ***Agonistas Alfa-Adrenérgicos*** | | | |
| *clonidine hcl oral tablet 0.1 mg, 0.2 mg, 0.3 mg* | | 2 | MT |
| *clonidine transdermal patch weekly 0.1 mg/24hr* | CATAPRES-TTS-1 | 2 | MT |
| *clonidine transdermal patch weekly 0.2 mg/24hr* | CATAPRES-TTS-2 | 2 | MT |
| *clonidine transdermal patch weekly 0.3 mg/24hr* | CATAPRES-TTS-3 | 2 | MT |
| *droxidopa oral capsule 100 mg, 200 mg, 300 mg* | NORTHERA | 4 | PA |
| *guanfacine hcl oral tablet 1 mg, 2 mg* | | 2 | MT |
| *methyldopa oral tablet 250 mg, 500 mg* | | 2 | MT |
| *midodrine hcl oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg* | | 2 | |
| ***Antagonista Receptores Angiotensina Ii (Arb)*** | | | |
| *candesartan cilexetil oral tablet 16 mg, 4 mg, 8 mg* | ATACAND | 1 | MT; QL (60 EA per 30 days) |
| *candesartan cilexetil oral tablet 32 mg* | ATACAND | 1 | MT; QL (30 EA per 30 days) |
| *irbesartan oral tablet 150 mg, 300 mg* | AVAPRO | 1 | MT; QL (30 EA per 30 days) |
| *irbesartan oral tablet 75 mg* | | 1 | MT; QL (30 EA per 30 days) |
| *losartan potassium oral tablet 100 mg* | COZAAR | 1 | MT; QL (30 EA per 30 days) |
| *losartan potassium oral tablet 25 mg, 50 mg* | COZAAR | 1 | MT; QL (60 EA per 30 days) |
| *olmesartan medoxomil oral tablet 20 mg, 40 mg* | BENICAR | 1 | MT; QL (30 EA per 30 days) |
| *olmesartan medoxomil oral tablet 5 mg* | BENICAR | 1 | MT; QL (60 EA per 30 days) |
| *telmisartan oral tablet 20 mg, 80 mg* | | 1 | MT; QL (30 EA per 30 days) |

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 13.

| Medicamento | Referencia de Marca | Nivel | Requisitos/Límites |
|---|---|---|---|
| *telmisartan oral tablet 40 mg* | MICARDIS | 1 | MT; QL (30 EA per 30 days) |
| *valsartan oral tablet 160 mg, 40 mg, 80 mg* | DIOVAN | 1 | MT; QL (60 EA per 30 days) |
| *valsartan oral tablet 320 mg* | DIOVAN | 1 | MT; QL (30 EA per 30 days) |
| ***Antagonistas De Los Receptores De Mineralocorticoides*** | | | |
| *eplerenone oral tablet 25 mg, 50 mg* | | 2 | MT |
| KERENDIA ORAL TABLET 10 MG, 20 MG, 40 MG | | 3 | MT; QL (30 EA per 30 days); FFL |
| *spironolactone oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg* | ALDACTONE | 2 | MT |
| ***Antiarrímicos*** | | | |
| *amiodarone hcl oral tablet 100 mg, 200 mg* | PACERONE | 2 | MT |
| *amiodarone hcl oral tablet 400 mg* | | 2 | MT |
| *digoxin oral solution 0.05 mg/ml* | | 2 | MT |
| *digoxin oral tablet 125 mcg* | | 2 | MT; QL (30 EA per 30 days) |
| *digoxin oral tablet 250 mcg* | | 2 | MT |
| *digoxin oral tablet 62.5 mcg* | LANOXIN | 2 | MT; QL (30 EA per 30 days) |
| *dofetilide oral capsule 125 mcg, 250 mcg, 500 mcg* | TIKOSYN | 2 | MT |
| *flecainide acetate oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg* | | 2 | MT |
| *mexiletine hcl oral capsule 150 mg, 200 mg, 250 mg* | | 2 | MT |
| MULTAQ ORAL TABLET 400 MG | | 4 | MT; QL (60 EA per 30 days); FFL |
| *propafenone hcl er oral capsule extended release 12 hour 225 mg, 325 mg, 425 mg* | | 4 | MT |
| *propafenone hcl oral tablet 150 mg, 225 mg, 300 mg* | | 2 | MT |
| *quinidine gluconate er oral tablet extended release 324 mg* | | 2 | MT |
| *quinidine sulfate oral tablet 200 mg, 300 mg* | | 1 | MT |

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 13.

| Medicamento | Referencia de Marca | Nivel | Requisitos/Límites |
|---|---|---|---|
| *sotalol hcl (af) oral tablet 120 mg, 160 mg, 80 mg* | BETAPACE AF | 2 | MT |
| *sotalol hcl oral tablet 120 mg, 160 mg, 80 mg* | BETAPACE | 2 | MT |
| *sotalol hcl oral tablet 240 mg* | | 2 | MT |
| ***Dislipidémicos, Derivados De Ácido Fíbrico*** | | | |
| *fenofibrate micronized oral capsule 130 mg, 134 mg, 200 mg, 43 mg, 67 mg* | | 2 | MT |
| *fenofibrate oral tablet 145 mg* | TRICOR | 2 | MT; QL (30 EA per 30 days) |
| *fenofibrate oral tablet 160 mg, 48 mg, 54 mg* | | 2 | MT; QL (30 EA per 30 days) |
| *fenofibric acid oral capsule delayed release 135 mg, 45 mg* | | 2 | MT; QL (30 EA per 30 days) |
| *gemfibrozil oral tablet 600 mg* | LOPID | 2 | MT |
| ***Dislipidémicos, Inhibidores De La Reductasa De Hmg Coa*** | | | |
| *atorvastatin calcium oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg* | LIPITOR | 1 | MT; QL (30 EA per 30 days) |
| *fluvastatin sodium oral capsule 20 mg* | | 1 | MT; QL (30 EA per 30 days) |
| *fluvastatin sodium oral capsule 40 mg* | | 1 | MT; QL (60 EA per 30 days) |
| *lovastatin oral tablet 10 mg* | | 1 | MT; QL (30 EA per 30 days) |
| *lovastatin oral tablet 20 mg, 40 mg* | | 1 | MT; QL (60 EA per 30 days) |
| *pravastatin sodium oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg* | | 1 | MT; QL (30 EA per 30 days) |
| *rosuvastatin calcium oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg* | CRESTOR | 1 | MT; QL (30 EA per 30 days) |
| *simvastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg* | ZOCOR | 1 | MT; QL (30 EA per 30 days) |
| *simvastatin oral tablet 5 mg, 80 mg* | | 1 | MT; QL (30 EA per 30 days) |
| ***Dislipidémicos, Otros*** | | | |
| *cholestyramine light oral packet 4 gm* | PREVALITE | 2 | MT |

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 13.

| Medicamento | Referencia de Marca | Nivel | Requisitos/Límites |
|---|---|---|---|
| *cholestyramine oral packet 4 gm* | QUESTRAN | 2 | MT |
| *colesevelam hcl oral packet 3.75 gm* | WELCHOL | 2 | MT |
| *colesevelam hcl oral tablet 625 mg* | WELCHOL | 2 | MT |
| *colestipol hcl oral packet 5 gm* | | 2 | MT |
| *colestipol hcl oral tablet 1 gm* | COLESTID | 2 | MT |
| *ezetimibe oral tablet 10 mg* | ZETIA | 2 | MT; QL (30 EA per 30 days) |
| *ezetimibe-simvastatin oral tablet 10-10 mg, 10-20 mg, 10-40 mg, 10-80 mg* | VYTORIN | 1 | MT; QL (30 EA per 30 days) |
| *icosapent ethyl oral capsule 0.5 gm* | VASCEPA | 4 | MT; QL (240 EA per 30 days); FFL |
| *icosapent ethyl oral capsule 1 gm* | VASCEPA | 4 | MT; QL (120 EA per 30 days); FFL |
| JUXTAPID ORAL CAPSULE 10 MG, 30 MG, 5 MG | | 5 | PA; LA; QL (30 EA per 30 days) |
| JUXTAPID ORAL CAPSULE 20 MG | | 5 | PA; LA; QL (90 EA per 30 days) |
| *niacin er (antihyperlipidemic) oral tablet extended release 1000 mg, 750 mg* | | 2 | MT; QL (60 EA per 30 days) |
| *niacin er (antihyperlipidemic) oral tablet extended release 500 mg* | | 2 | MT; QL (90 EA per 30 days) |
| NIACOR ORAL TABLET 500 MG | | 2 | |
| *omega-3-acid ethyl esters oral capsule 1 gm* | LOVAZA | 2 | MT; QL (120 EA per 30 days) |
| PREVALITE ORAL PACKET 4 GM | | 4 | MT |
| REPATHA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 140 MG/ML | | 3 | ST; MT; QL (3 ML per 28 days); FFL |
| REPATHA SURECLICK SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 140 MG/ML | | 3 | ST; MT; QL (2 ML per 28 days); FFL |
| ***Diuréticos, Ahorradores De Potasio*** | | | |
| *amiloride hcl oral tablet 5 mg* | | 2 | MT |
| KERENDIA ORAL TABLET 10 MG, 20 MG | | 3 | MT; QL (30 EA per 30 days); FFL |
| ***Diuréticos, Asa De Henle*** | | | |
| *bumetanide injection solution 0.25 mg/ml* | | 2 | |

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 13.

| Medicamento | Referencia de Marca | Nivel | Requisitos/Límites |
|---|---|---|---|
| *bumetanide oral tablet 0.5 mg* | BUMEX | 2 | MT |
| *bumetanide oral tablet 1 mg, 2 mg* | | 2 | MT |
| *furosemide injection solution 10 mg/ml* | | 2 | |
| *furosemide oral solution 10 mg/ml, 8 mg/ml* | | 2 | MT |
| *furosemide oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg* | LASIX | 2 | MT |
| *torsemide oral tablet 10 mg, 100 mg, 20 mg, 5 mg* | | 2 | MT |
| ***Diuréticos, Tiazidas*** | | | |
| *chlorthalidone oral tablet 25 mg, 50 mg* | | 2 | MT |
| *hydrochlorothiazide oral capsule 12.5 mg* | | 2 | MT |
| *hydrochlorothiazide oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg* | | 2 | MT |
| *indapamide oral tablet 1.25 mg, 2.5 mg* | | 2 | MT |
| *metolazone oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg* | | 2 | MT |
| ***Inhibidores Convertidor De La Enzima De Angiotensina (Ace)*** | | | |
| *benazepril hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg* | LOTENSIN | 1 | MT |
| *benazepril hcl oral tablet 5 mg* | | 1 | MT |
| *captopril oral tablet 100 mg, 12.5 mg, 25 mg, 50 mg* | | 1 | MT |
| *enalapril maleate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg* | VASOTEC | 1 | MT |
| *fosinopril sodium oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg* | | 1 | MT |
| *lisinopril oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 5 mg* | ZESTRIL | 1 | MT |
| *moexipril hcl oral tablet 15 mg, 7.5 mg* | | 1 | MT |
| *perindopril erbumine oral tablet 2 mg, 4 mg, 8 mg* | | 1 | MT |
| *quinapril hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg* | | 1 | MT |
| *ramipril oral capsule 1.25 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg* | | 1 | MT |
| *trandolapril oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg* | | 1 | MT |

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 13.

| Medicamento | Referencia de Marca | Nivel | Requisitos/Límites |
|---|---|---|---|
| ***Vasodilatadores, Acción Directa En Arteria / Vena*** | | | |
| *isosorbide dinitrate oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 5 mg* | | 2 | MT |
| *isosorbide mononitrate er oral tablet extended release 24 hour 120 mg, 30 mg, 60 mg* | | 2 | MT |
| *isosorbide mononitrate oral tablet 10 mg, 20 mg* | | 2 | MT |
| NITRO-BID TRANSDERMAL OINTMENT 2 % | | 3 | MT; FFL |
| NITRO-DUR TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 0.3 MG/HR, 0.8 MG/HR | | 3 | MT |
| *nitroglycerin rectal ointment 0.4 %* | RECTIV | 2 | QL (30 GM per 30 days) |
| *nitroglycerin sublingual tablet sublingual 0.3 mg, 0.4 mg, 0.6 mg* | NITROSTAT | 2 | MT |
| *nitroglycerin transdermal patch 24 hour 0.1 mg/hr, 0.2 mg/hr, 0.4 mg/hr, 0.6 mg/hr* | NITRO-DUR | 2 | MT |
| VERQUVO ORAL TABLET 10 MG, 2.5 MG, 5 MG | | 3 | PA; MT; QL (30 EA per 30 days); FFL |
| ***Vasodilatadores, Acción Directa En Arteria*** | | | |
| *hydralazine hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg* | | 2 | MT |
| *minoxidil oral tablet 10 mg, 2.5 mg* | | 2 | MT |
| **Agentes Del Sistema Nervioso Central** | | | |
| ***Agentes Del Sistema Nervioso Central, Otros*** | | | |
| AUSTEDO ORAL TABLET 12 MG, 9 MG | | 5 | PA; LA; QL (120 EA per 30 days) |
| AUSTEDO ORAL TABLET 6 MG | | 5 | PA; LA; QL (60 EA per 30 days) |
| AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 12 MG | | 5 | PA; LA; QL (30 EA per 30 days) |

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 13.

| Medicamento | Referencia de Marca | Nivel | Requisitos/Límites |
|---|---|---|---|
| AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 18 MG, 30 MG, 36 MG, 42 MG, 48 MG | | 5 | PA; QL (30 EA per 30 days) |
| AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 24 MG | | 5 | PA; LA; QL (60 EA per 30 days) |
| AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 6 MG | | 5 | PA; LA |
| AUSTEDO XR PATIENT TITRATION ORAL TABLET EXTENDED RELEASE THERAPY PACK 12 & 18 & 24 & 30 MG | | 5 | PA; QL (28 EA per 28 days) |
| *dextromethorphan-quinidine oral capsule 20-10 mg* | NUEDEXTA | 5 | PA |
| *gabapentin oral capsule 300 mg, 400 mg* | NEURONTIN | 2 | MT; FFL |
| *gabapentin oral solution 250 mg/5ml* | NEURONTIN | 2 | MT; FFL |
| *gabapentin oral tablet 800 mg* | NEURONTIN | 2 | MT; FFL |
| RADICAVA ORS STARTER KIT ORAL SUSPENSION 105 MG/5ML | | 5 | PA; LA; QL (70 ML per 28 days) |
| *riluzole oral tablet 50 mg* | | 2 | PA; MT |
| SKYCLARYS ORAL CAPSULE 50 MG | | 5 | PA; LA; QL (90 EA per 30 days) |
| *tetrabenazine oral tablet 12.5 mg* | XENAZINE | 4 | PA; MT; QL (240 EA per 30 days); FFL |
| *tetrabenazine oral tablet 25 mg* | XENAZINE | 4 | PA; MT; QL (120 EA per 30 days); FFL |
| VEOZAH ORAL TABLET 45 MG | | 4 | PA; MT; QL (30 EA per 30 days) |
| ***Agentes Fibromialgia*** | | | |
| *duloxetine hcl oral capsule delayed release particles 20 mg, 30 mg, 40 mg, 60 mg* | | 2 | MT |
| *milnacipran hcl oral tablet 100 mg, 12.5 mg, 25 mg, 50 mg* | SAVELLA | 2 | MT; FFL |
| *pregabalin er oral tablet extended release 24 hour 165 mg, 330 mg, 82.5 mg* | LYRICA CR | 2 | MT; FFL |
| *pregabalin oral capsule 100 mg, 150 mg, 200 mg, 225 mg, 25 mg, 300 mg, 50 mg, 75 mg* | LYRICA | 2 | MT; FFL |
| *pregabalin oral solution 20 mg/ml* | LYRICA | 2 | MT; FFL |

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 13.

| Medicamento | Referencia de Marca | Nivel | Requisitos/Límites |
|---|---|---|---|
| ***Agentes Para El Desórden De Déficit De Atención E Hiperactividad, Anfetaminas*** | | | |
| *amphetamine-dextroamphet er oral capsule extended release 24 hour 10 mg, 5 mg* | ADDERALL XR | 4 | MT; QL (90 EA per 30 days); FFL |
| *amphetamine-dextroamphet er oral capsule extended release 24 hour 15 mg, 20 mg, 25 mg, 30 mg* | ADDERALL XR | 4 | MT; QL (30 EA per 30 days); FFL |
| *amphetamine-dextroamphetamine oral tablet 10 mg* | ADDERALL | 2 | MT; QL (180 EA per 30 days); FFL |
| *amphetamine-dextroamphetamine oral tablet 12.5 mg* | ADDERALL | 2 | MT; QL (144 EA per 30 days); FFL |
| *amphetamine-dextroamphetamine oral tablet 15 mg* | ADDERALL | 2 | MT; QL (120 EA per 30 days); FFL |
| *amphetamine-dextroamphetamine oral tablet 20 mg* | ADDERALL | 2 | MT; QL (90 EA per 30 days); FFL |
| *amphetamine-dextroamphetamine oral tablet 30 mg* | ADDERALL | 2 | MT; QL (60 EA per 30 days); FFL |
| *amphetamine-dextroamphetamine oral tablet 5 mg* | ADDERALL | 2 | MT; QL (360 EA per 30 days); FFL |
| *amphetamine-dextroamphetamine oral tablet 7.5 mg* | ADDERALL | 2 | MT; QL (240 EA per 30 days); FFL |
| *dextroamphetamine sulfate oral tablet 10 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg* | ZENZEDI | 2 | MT; FFL |
| ***Agentes Para El Desórden De Déficit De Atención E Hiperactividad, No-Anfetaminas*** | | | |
| *atomoxetine hcl oral capsule 10 mg, 18 mg, 25 mg, 40 mg* | | 2 | MT; QL (60 EA per 30 days); FFL |
| *atomoxetine hcl oral capsule 100 mg, 60 mg, 80 mg* | | 2 | MT; QL (30 EA per 30 days); FFL |
| *guanfacine hcl er oral tablet extended release 24 hour 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg* | INTUNIV | 2 | MT; FFL |
| *methylphenidate hcl er oral tablet extended release 10 mg, 20 mg* | | 2 | MT; QL (90 EA per 30 days); FFL |
| *methylphenidate hcl oral solution 10 mg/5ml* | METHYLIN | 2 | MT; QL (900 ML per 30 days); FFL |
| *methylphenidate hcl oral solution 5 mg/5ml* | METHYLIN | 2 | MT; QL (1800 ML per 30 days); FFL |

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 13.

| Medicamento | Referencia de Marca | Nivel | Requisitos/Límites |
|---|---|---|---|
| *methylphenidate hcl oral tablet 10 mg, 5 mg* | RITALIN | 2 | MT; QL (180 EA per 30 days); FFL |
| *methylphenidate hcl oral tablet 20 mg* | RITALIN | 2 | MT; QL (90 EA per 30 days); FFL |
| ***Agentes Para El Tratamiento De Esclerosis Múltiple*** | | | |
| AVONEX PEN INTRAMUSCULAR AUTO-INJECTOR KIT 30 MCG/0.5ML | | 5 | PA; QL (1 EA per 28 days) |
| AVONEX PREFILLED INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE KIT 30 MCG/0.5ML | | 5 | PA; QL (1 EA per 28 days) |
| BAFIERTAM ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE 95 MG | | 5 | PA; LA; QL (120 EA per 30 days) |
| BETASERON SUBCUTANEOUS KIT 0.3 MG | | 5 | PA; QL (14 EA per 28 days) |
| *dalfampridine er oral tablet extended release 12 hour 10 mg* | AMPYRA | 4 | PA; MT; QL (60 EA per 30 days); FFL |
| *dimethyl fumarate oral capsule delayed release 120 mg* | TECFIDERA | 4 | PA; MT; QL (14 EA per 7 days) |
| *dimethyl fumarate oral capsule delayed release 240 mg* | TECFIDERA | 4 | PA; MT; QL (60 EA per 30 days) |
| *dimethyl fumarate starter pack oral capsule delayed release therapy pack 120 & 240 mg* | TECFIDERA | 4 | PA; QL (120 EA per 365 days) |
| *fingolimod hcl oral capsule 0.5 mg* | GILENYA | 4 | PA; MT; QL (30 EA per 30 days) |
| *glatiramer acetate subcutaneous solution prefilled syringe 40 mg/ml* | COPAXONE | 5 | PA; QL (12 ML per 28 days) |
| KESIMPTA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 20 MG/0.4ML | | 5 | PA; LA; QL (1.6 ML per 28 days) |
| MAYZENT ORAL TABLET 0.25 MG | | 5 | PA; LA |
| MAYZENT ORAL TABLET 1 MG, 2 MG | | 5 | PA; LA; QL (30 EA per 30 days) |
| MAYZENT STARTER PACK ORAL TABLET THERAPY PACK 12 X 0.25 MG | | 4 | PA; LA |
| MAYZENT STARTER PACK ORAL TABLET THERAPY PACK 7 X 0.25 MG | | 4 | PA; LA; QL (7 EA per 4 days) |

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 13.

| Medicamento | Referencia de Marca | Nivel | Requisitos/Límites |
|---|---|---|---|
| *teriflunomide oral tablet 14 mg, 7 mg* | AUBAGIO | 2 | PA; MT; QL (30 EA per 30 days) |
| VUMERITY ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE 231 MG | | 5 | PA; LA; QL (120 EA per 30 days) |
| **Agentes Dermatológicos** | | | |
| ***Agentes De Acné Y Rosácea*** | | | |
| ACCUTANE ORAL CAPSULE 10 MG | | 2 | |
| *acitretin oral capsule 10 mg, 17.5 mg, 25 mg* | | 2 | PA |
| *adapalene external cream 0.1 %* | | 2 | PA |
| *adapalene external gel 0.3 %* | DIFFERIN | 2 | PA |
| AMNESTEEM ORAL CAPSULE 10 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG | | 2 | |
| *benzoyl peroxide-erythromycin external gel 5-3 %* | BENZAMYCIN | 2 | |
| CLARAVIS ORAL CAPSULE 10 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG | | 2 | |
| *isotretinoin oral capsule 10 mg* | | 2 | |
| *isotretinoin oral capsule 20 mg, 30 mg, 40 mg* | | 2 | |
| *metronidazole external cream 0.75 %* | | 2 | |
| *metronidazole external gel 0.75 %, 1 %* | | 2 | |
| *metronidazole external lotion 0.75 %* | | 2 | |
| *tazarotene external cream 0.05 %, 0.1 %* | TAZORAC | 2 | PA |
| *tazarotene external gel 0.05 %, 0.1 %* | TAZORAC | 2 | PA |
| *tretinoin external cream 0.025 %, 0.05 %, 0.1 %* | RETIN-A | 2 | PA |
| *tretinoin external gel 0.01 %, 0.025 %* | RETIN-A | 2 | PA |
| ZENATANE ORAL CAPSULE 10 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG | | 2 | |
| ***Agentes Dermatológicos, Otros*** | | | |
| *calcipotriene external cream 0.005 %* | | 2 | |
| *calcipotriene external ointment 0.005 %* | CALCITRENE | 2 | |
| *calcipotriene external solution 0.005 %* | PELLIX | 2 | |
| *clotrimazole-betamethasone external cream 1-0.05 %* | | 2 | |
| *fluorouracil external cream 5 %* | | 2 | |

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 13.

| Medicamento | Referencia de Marca | Nivel | Requisitos/Límites |
|---|---|---|---|
| *fluorouracil external solution 2 %, 5 %* | | 2 | |
| BD ALCOHOL SWABS 70 % | | 3 | |
| HYFTOR EXTERNAL GEL 0.2 % | | 5 | PA; LA; QL (30 GM per 30 days) |
| *imiquimod external cream 5 %* | | 2 | |
| *methoxsalen rapid oral capsule 10 mg* | | 5 | |
| *nystatin-triamcinolone external cream 100000-0.1 unit/gm-%* | | 2 | |
| *nystatin-triamcinolone external ointment 100000-0.1 unit/gm-%* | | 2 | |
| OTEZLA ORAL TABLET 20 MG | | 5 | PA; QL (56 EA per 28 days) |
| OTEZLA ORAL TABLET 30 MG | | 5 | PA; LA; QL (60 EA per 30 days) |
| OTEZLA ORAL TABLET THERAPY PACK 10 & 20 & 30 MG | | 5 | PA; LA; QL (55 EA per 28 days) |
| OTEZLA ORAL TABLET THERAPY PACK 4 X 10 & 51 X20 MG | | 5 | PA; QL (55 EA per 28 days) |
| OTEZLA XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 75 MG | | 5 | PA; QL (30 EA per 30 days) |
| OTEZLA/OTEZLA XR INITIATION PK ORAL TABLET THERAPY PACK 10&20&30&(ER)75 MG | | 5 | PA; QL (41 EA per 28 days) |
| PANRETIN EXTERNAL GEL 0.1 % | | 5 | PA |
| *podofilox external solution 0.5 %* | | 2 | |
| SANTYL EXTERNAL OINTMENT 250 UNIT/GM | | 4 | |
| *silver sulfadiazine external cream 1 %* | SSD | 2 | |
| SSD EXTERNAL CREAM 1 % | | 2 | |
| ***Agentes Para La Dermatitis Y El Prurito*** | | | |
| *alclometasone dipropionate external cream 0.05 %* | | 2 | |
| *alclometasone dipropionate external ointment 0.05 %* | | 2 | |
| *ammonium lactate external cream 12 %* | | 2 | |
| *ammonium lactate external lotion 12 %* | AL12 | 2 | |

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 13.

| Medicamento | Referencia de Marca | Nivel | Requisitos/Límites |
|---|---|---|---|
| *betamethasone dipropionate aug external cream 0.05 %* | | 2 | |
| *betamethasone dipropionate aug external gel 0.05 %* | | 2 | |
| *betamethasone dipropionate aug external lotion 0.05 %* | | 2 | |
| *betamethasone dipropionate aug external ointment 0.05 %* | DIPROLENE | 2 | |
| *betamethasone dipropionate external cream 0.05 %* | | 2 | |
| *betamethasone dipropionate external lotion 0.05 %* | | 2 | |
| *betamethasone dipropionate external ointment 0.05 %* | | 2 | |
| *betamethasone valerate external cream 0.1 %* | | 2 | |
| *betamethasone valerate external lotion 0.1 %* | | 2 | |
| *betamethasone valerate external ointment 0.1 %* | | 2 | |
| *clobetasol propionate e external cream 0.05 %* | | 4 | |
| *clobetasol propionate external cream 0.05 %* | | 2 | |
| *clobetasol propionate external lotion 0.05 %* | | 2 | |
| *clobetasol propionate external ointment 0.05 %* | | 2 | |
| *clobetasol propionate external shampoo 0.05 %* | CLODAN | 2 | |
| *desonide external cream 0.05 %* | | 2 | |
| *desonide external lotion 0.05 %* | | 2 | |
| *desonide external ointment 0.05 %* | | 2 | |
| *desoximetasone external cream 0.05 %, 0.25 %* | | 2 | |
| *desoximetasone external gel 0.05 %* | | 2 | |
| *desoximetasone external liquid 0.25 %* | TOPICORT SPRAY | 2 | |
| *desoximetasone external ointment 0.05 %, 0.25 %* | TOPICORT | 2 | |

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 13.

| Medicamento | Referencia de Marca | Nivel | Requisitos/Límites |
|---|---|---|---|
| *doxepin hcl external cream 5 %* | PRUDOXIN | 2 | |
| EUCRISA EXTERNAL OINTMENT 2 % | | 4 | PA |
| EVESSE EXTERNAL LOTION 0.1 % | | 2 | |
| *fluocinolone acetonide external cream 0.01 %* | | 2 | |
| *fluocinolone acetonide external cream 0.025 %* | SYNALAR | 2 | |
| *fluocinolone acetonide external ointment 0.025 %* | SYNALAR | 2 | |
| *fluocinolone acetonide external solution 0.01 %* | | 2 | |
| *fluocinolone acetonide scalp external oil 0.01 %* | DERMA-SMOOTHE/FS SCALP | 2 | |
| *fluocinonide emulsified base external cream 0.05 %* | | 2 | |
| *fluocinonide external cream 0.05 %, 0.1 %* | | 2 | |
| *fluocinonide external gel 0.05 %* | | 2 | |
| *fluocinonide external ointment 0.05 %* | | 2 | |
| *fluocinonide external solution 0.05 %* | | 2 | |
| *fluticasone propionate external cream 0.05 %* | | 2 | |
| *fluticasone propionate external lotion 0.05 %* | | 2 | |
| *fluticasone propionate external ointment 0.005 %* | | 2 | |
| *halobetasol propionate external cream 0.05 %* | | 2 | |
| *halobetasol propionate external ointment 0.05 %* | | 2 | |
| *hydrocortisone (perianal) external cream 2.5 %* | PROCTO-MED HC | 2 | |
| *hydrocortisone butyrate external cream 0.1 %* | | 2 | |
| *hydrocortisone butyrate external ointment 0.1 %* | | 2 | |
| *hydrocortisone butyrate external solution 0.1 %* | | 2 | |
| *hydrocortisone external cream 1 %* | | 2 | |

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 13.

| Medicamento | Referencia de Marca | Nivel | Requisitos/Límites |
|---|---|---|---|
| *hydrocortisone external lotion 2.5 %* | | 2 | |
| *hydrocortisone external ointment 1 %* | | 2 | |
| *hydrocortisone external ointment 2.5 %* | | 2 | |
| *hydrocortisone valerate external cream 0.2 %* | | 2 | |
| *hydrocortisone valerate external ointment 0.2 %* | | 2 | |
| HYFTOR EXTERNAL GEL 0.2 % | | 5 | PA; LA; QL (30 GM per 30 days) |
| *mometasone furoate external cream 0.1 %* | | 2 | |
| *mometasone furoate external ointment 0.1 %* | | 2 | |
| *mometasone furoate external solution 0.1 %* | | 2 | |
| *pimecrolimus external cream 1 %* | | 2 | QL (100 GM per 30 days) |
| PROCTO-MED HC EXTERNAL CREAM 2.5 % | | 2 | |
| PROCTOSOL HC EXTERNAL CREAM 2.5 % | | 2 | |
| PROCTOZONE-HC EXTERNAL CREAM 2.5 % | | 2 | |
| *selenium sulfide external lotion 2.5 %* | | 2 | |
| *tacrolimus external ointment 0.03 %, 0.1 %* | | 2 | |
| *triamcinolone acetonide external cream 0.025 %, 0.1 %* | | 2 | |
| *triamcinolone acetonide external cream 0.5 %* | TRIDERM | 2 | |
| *triamcinolone acetonide external lotion 0.025 %, 0.1 %* | | 2 | |
| *triamcinolone acetonide external ointment 0.025 %, 0.1 %, 0.5 %* | | 2 | |
| ***Antiinfecciosos Tópicos*** | | | |
| *acyclovir external ointment 5 %* | ZOVIRAX | 2 | |
| *ciclopirox external gel 0.77 %* | | 2 | |
| *ciclopirox external shampoo 1 %* | | 2 | |
| *ciclopirox external solution 8 %* | CICLODAN | 2 | |

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 13.

| Medicamento | Referencia de Marca | Nivel | Requisitos/Límites |
|---|---|---|---|
| *ciclopirox olamine external cream 0.77 %* | | 2 | |
| *ciclopirox olamine external suspension 0.77 %* | | 2 | |
| *clindamycin phos (once-daily) external gel 1 %* | CLINDAGEL | 2 | |
| *clindamycin phos (twice-daily) external gel 1 %* | | 2 | |
| *clindamycin phosphate external lotion 1 %* | CLEOCIN-T | 2 | |
| *clindamycin phosphate external solution 1 %* | | 2 | |
| *clindamycin phosphate external swab 1 %* | CLINDACIN ETZ | 2 | |
| *econazole nitrate external cream 1 %* | | 2 | |
| *ery external pad 2 %* | | 2 | |
| *erythromycin external gel 2 %* | | 2 | |
| *erythromycin external solution 2 %* | | 2 | |
| *mupirocin calcium external cream 2 %* | | 2 | |
| *mupirocin external ointment 2 %* | | 2 | |
| SULFAMYLON EXTERNAL CREAM 85 MG/GM | | 4 | |
| ***Pediculicidas / Escabicidas*** | | | |
| *malathion external lotion 0.5 %* | OVIDE | 2 | |
| *permethrin external cream 5 %* | | 2 | |
| **Agentes Gastrointestinales** | | | |
| ***Agentes Antidiarreicos*** | | | |
| *alosetron hcl oral tablet 0.5 mg* | LOTRONEX | 2 | PA; MT |
| *alosetron hcl oral tablet 1 mg* | LOTRONEX | 5 | PA |
| *diphenoxylate-atropine oral liquid 2.5-0.025 mg/5ml* | | 2 | |
| *diphenoxylate-atropine oral tablet 2.5-0.025 mg* | LOMOTIL | 2 | |
| *loperamide hcl oral capsule 2 mg* | IMODIUM | 2 | |
| XERMELO ORAL TABLET 250 MG | | 5 | PA; LA; QL (90 EA per 30 days) |
| XIFAXAN ORAL TABLET 200 MG | | 3 | PA |
| ***Agentes Anti-Estreñimiento*** | | | |
| *constulose oral solution 10 gm/15ml* | | 2 | MT |

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 13.

| Medicamento | Referencia de Marca | Nivel | Requisitos/Límites |
|---|---|---|---|
| *enulose oral solution 10 gm/15ml* | | 2 | MT |
| *generlac oral solution 10 gm/15ml* | | 2 | MT |
| *lactulose oral solution 10 gm/15ml* | | 2 | MT |
| LINZESS ORAL CAPSULE 145 MCG, 290 MCG, 72 MCG | | 3 | MT; QL (30 EA per 30 days); FFL |
| *lubiprostone oral capsule 24 mcg, 8 mcg* | AMITIZA | 2 | MT; QL (60 EA per 30 days) |
| MOVANTIK ORAL TABLET 12.5 MG, 25 MG | | 3 | |
| RELISTOR SUBCUTANEOUS SOLUTION 12 MG/0.6ML | | 5 | PA |
| RELISTOR SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 12 MG/0.6ML, 8 MG/0.4ML | | 5 | PA |
| SUPREP BOWEL PREP KIT ORAL SOLUTION 17.5-3.13-1.6 GM/177ML | | 4 | |
| TRULANCE ORAL TABLET 3 MG | | 4 | MT; QL (30 EA per 30 days) |
| ***Agentes Gastrointestinales, Otros*** | | | |
| GATTEX SUBCUTANEOUS KIT 5 MG | | 5 | PA; LA |
| GAVILYTE-C ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 240 GM | | 2 | |
| GAVILYTE-G ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 236 GM | | 2 | |
| GAVILYTE-N WITH FLAVOR PACK ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 420 GM | | 2 | |
| *metoclopramide hcl oral solution 5 mg/5ml* | | 2 | |
| *metoclopramide hcl oral tablet 10 mg, 5 mg* | REGLAN | 2 | |
| *nitroglycerin rectal ointment 0.4 %* | RECTIV | 2 | QL (30 GM per 30 days) |
| *peg 3350-kcl-na bicarb-nacl oral solution reconstituted 420 gm* | | 2 | |
| *peg-3350/electrolytes oral solution reconstituted 236 gm* | | 2 | |
| REZDIFFRA ORAL TABLET 100 MG, 60 MG, 80 MG | | 5 | PA; LA; QL (30 EA per 30 days) |

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 13.

| Medicamento | Referencia de Marca | Nivel | Requisitos/Límites |
|---|---|---|---|
| SUPREP BOWEL PREP KIT ORAL SOLUTION 17.5-3.13-1.6 GM/177ML | | 4 | |
| *ursodiol oral capsule 300 mg* | | 2 | MT |
| *ursodiol oral tablet 250 mg* | | 2 | MT |
| *ursodiol oral tablet 500 mg* | URSO FORTE | 2 | MT |
| VOQUEZNA DUAL PAK ORAL THERAPY PACK 500-20 MG | | 4 | PA; QL (1 EA per 14 days) |
| VOQUEZNA TRIPLE PAK ORAL THERAPY PACK 500-500-20 MG | | 4 | PA; QL (1 EA per 14 days) |
| VOWST ORAL CAPSULE | | 5 | PA; LA |
| XIFAXAN ORAL TABLET 200 MG | | 3 | PA |
| ***Agentes Gastrointestinales*** | | | |
| PYLERA ORAL CAPSULE 140-125-125 MG | | 4 | PA; QL (120 EA per 10 days) |
| TALICIA ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE 250-12.5-10 MG | | 4 | QL (168 EA per 14 days) |
| VELSIPITY ORAL TABLET 2 MG | | 5 | PA; QL (30 EA per 30 days) |
| ***Antagonista Del Receptor De Histamina 2 (H2)*** | | | |
| *cimetidine hcl oral solution 300 mg/5ml* | | 2 | MT |
| *cimetidine oral tablet 200 mg* | TAGAMET | 2 | |
| *cimetidine oral tablet 300 mg, 400 mg, 800 mg* | | 2 | MT |
| *famotidine oral suspension reconstituted 40 mg/5ml* | | 2 | MT |
| *famotidine oral tablet 20 mg* | | 2 | MT |
| *famotidine oral tablet 40 mg* | PEPCID | 2 | MT |
| *nizatidine oral capsule 150 mg, 300 mg* | | 2 | MT |
| ***Antiespasmódicos, Gastrointestinal*** | | | |
| *dicyclomine hcl oral capsule 10 mg* | | 2 | |
| *dicyclomine hcl oral solution 10 mg/5ml* | | 2 | |
| *dicyclomine hcl oral tablet 20 mg* | | 2 | |
| *glycopyrrolate oral tablet 1 mg, 2 mg* | | 2 | |
| *scopolamine transdermal patch 72 hour 1 mg/3days* | TRANSDERM SCOP | 2 | QL (10 EA per 30 days) |

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 13.

| Medicamento | Referencia de Marca | Nivel | Requisitos/Límites |
|---|---|---|---|
| ***Inhibidores De La Bomba De Protones*** | | | |
| *dexlansoprazole oral capsule delayed release 30 mg, 60 mg* | DEXILANT | 2 | MT; QL (30 EA per 30 days) |
| *esomeprazole magnesium oral capsule delayed release 20 mg* | | 2 | MT; QL (30 EA per 30 days) |
| *esomeprazole magnesium oral capsule delayed release 40 mg* | NEXIUM | 2 | MT; QL (30 EA per 30 days) |
| *esomeprazole magnesium oral packet 10 mg, 20 mg, 40 mg* | NEXIUM | 4 | MT; QL (30 EA per 30 days) |
| *lansoprazole oral capsule delayed release 15 mg* | PREVACID | 2 | MT; QL (30 EA per 30 days) |
| *lansoprazole oral capsule delayed release 30 mg* | PREVACID | 2 | MT; QL (30 EA per 30 days) |
| *omeprazole oral capsule delayed release 10 mg* | | 2 | MT; QL (30 EA per 30 days) |
| *omeprazole oral capsule delayed release 20 mg, 40 mg* | | 2 | MT; QL (60 EA per 30 days) |
| *pantoprazole sodium oral tablet delayed release 20 mg* | PROTONIX | 2 | MT; QL (30 EA per 30 days) |
| *pantoprazole sodium oral tablet delayed release 40 mg* | PROTONIX | 2 | MT; QL (180 EA per 30 days) |
| ***Protectores*** | | | |
| *misoprostol oral tablet 100 mcg, 200 mcg* | CYTOTEC | 2 | MT |
| *sucralfate oral suspension 1 gm/10ml* | | 2 | MT |
| *sucralfate oral tablet 1 gm* | CARAFATE | 2 | MT |
| **Agentes Genitourinarios** | | | |
| ***Agentes Genitourinarios, Otros*** | | | |
| *bethanechol chloride oral tablet 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg* | | 2 | |
| ELMIRON ORAL CAPSULE 100 MG | | 3 | |
| *penicillamine oral tablet 250 mg* | DEPEN TITRATABS | 5 | |
| *potassium citrate er oral tablet extended release 10 meq (1080 mg)* | UROCIT-K 10 | 2 | |
| *potassium citrate er oral tablet extended release 15 meq (1620 mg)* | UROCIT-K 15 | 2 | |
| *potassium citrate er oral tablet extended release 5 meq (540 mg)* | | 2 | |

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 13.

| Medicamento | Referencia de Marca | Nivel | Requisitos/Límites |
|---|---|---|---|
| ***Agentes Hipertrofia Benigna De La Próstata*** | | | |
| *alfuzosin hcl er oral tablet extended release 24 hour 10 mg* | UROXATRAL | 2 | MT; QL (30 EA per 30 days) |
| *doxazosin mesylate oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg* | CARDURA | 2 | MT |
| *dutasteride oral capsule 0.5 mg* | AVODART | 2 | MT |
| *dutasteride-tamsulosin hcl oral capsule 0.5-0.4 mg* | JALYN | 2 | MT |
| *finasteride oral tablet 5 mg* | PROSCAR | 2 | MT |
| *prazosin hcl oral capsule 1 mg, 2 mg, 5 mg* | | 2 | MT |
| *silodosin oral capsule 4 mg, 8 mg* | | 2 | MT |
| *tadalafil oral tablet 5 mg* | CIALIS | 2 | PA; MT; QL (30 EA per 30 days); FFL |
| *tamsulosin hcl oral capsule 0.4 mg* | | 2 | MT |
| *terazosin hcl oral capsule 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg* | | 2 | MT |
| ***Antiespasmódicos, Urinarios*** | | | |
| MYRBETRIQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 25 MG, 50 MG | | 3 | ST; MT; QL (30 EA per 30 days); FFL |
| *oxybutynin chloride er oral tablet extended release 24 hour 10 mg, 15 mg* | | 2 | MT; QL (60 EA per 30 days) |
| *oxybutynin chloride er oral tablet extended release 24 hour 5 mg* | | 2 | MT; QL (30 EA per 30 days) |
| *oxybutynin chloride oral solution 5 mg/5ml* | | 2 | MT |
| *oxybutynin chloride oral tablet 2.5 mg, 5 mg* | | 2 | MT |
| *solifenacin succinate oral tablet 10 mg, 5 mg* | | 2 | MT; QL (30 EA per 30 days) |
| *tolterodine tartrate er oral capsule extended release 24 hour 2 mg, 4 mg* | | 2 | MT; QL (30 EA per 30 days) |
| *tolterodine tartrate oral tablet 1 mg, 2 mg* | | 2 | MT |
| *trospium chloride oral tablet 20 mg* | | 2 | MT; QL (60 EA per 30 days) |

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 13.

| Medicamento | Referencia de Marca | Nivel | Requisitos/Límites |
|---|---|---|---|
| **Agentes Hormonales, Estimulantes / Reemplazo / Modificación (Adrenal)** | | | |
| ***Agentes Hormonales, Estimulantes / Reemplazo / Modificación (Adrenal)*** | | | |
| ACTHAR GEL SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR 40 UNIT/0.5ML, 80 UNIT/ML | | 5 | PA |
| ACTHAR INJECTION GEL 80 UNIT/ML | | 5 | PA; LA |
| CORTROPHIN GEL SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE 40 UNIT/0.5ML, 80 UNIT/ML | | 5 | PA |
| CORTROPHIN INJECTION GEL 80 UNIT/ML | | 5 | PA |
| *dexamethasone oral elixir 0.5 mg/5ml* | | 2 | |
| *dexamethasone oral solution 0.5 mg/5ml* | | 2 | |
| *dexamethasone oral tablet 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg, 2 mg, 4 mg, 6 mg* | | 2 | |
| *fludrocortisone acetate oral tablet 0.1 mg* | | 2 | MT |
| *hydrocortisone oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg* | CORTEF | 2 | |
| *methylprednisolone acetate injection suspension 40 mg/ml* | DEPO-MEDROL | 2 | |
| *methylprednisolone oral tablet 16 mg, 4 mg, 8 mg* | MEDROL | 2 | |
| *methylprednisolone oral tablet 32 mg* | | 2 | |
| *methylprednisolone oral tablet therapy pack 4 mg* | MEDROL | 2 | |
| *prednisolone oral solution 15 mg/5ml* | | 2 | |
| *prednisolone oral tablet 5 mg* | | 2 | |
| *prednisolone sodium phosphate oral solution 10 mg/5ml, 20 mg/5ml, 25 mg/5ml, 5 mg/5ml* | | 2 | |
| PREDNISONE INTENSOL ORAL CONCENTRATE 5 MG/ML | | 4 | |
| *prednisone oral solution 5 mg/5ml* | | 2 | |

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 13.

| Medicamento | Referencia de Marca | Nivel | Requisitos/Límites |
|---|---|---|---|
| *prednisone oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg, 50 mg* | | 2 | |
| TARPEYO ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE 4 MG | | 5 | PA; LA; QL (120 EA per 30 days) |
| **Agentes Hormonales, Estimulantes / Reemplazo / Modificación (Modificadores/Hormonas Sexuales)** | | | |
| ***Agentes Hormonales, Estimulantes / Reemplazo / Modificación (Modificadores/Hormonas Sexuales)*** | | | |
| ALTAVERA ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG | | 1 | MT |
| APRI ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG | | 1 | MT |
| ARANELLE ORAL TABLET 0.5/1/0.5-35 MG-MCG | | 1 | MT |
| AUBRA EQ ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG | | 1 | MT |
| AVIANE ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG | | 1 | MT |
| AZURETTE ORAL TABLET 0.15-0.02/0.01 MG (21/5) | | 1 | MT |
| BALZIVA ORAL TABLET 0.4-35 MG-MCG | | 1 | MT |
| BIJUVA ORAL CAPSULE 0.5-100 MG, 1-100 MG | | 3 | MT |
| *briellyn oral tablet 0.4-35 mg-mcg* | | 1 | MT |
| CRYSELLE ORAL TABLET 0.3-30 MG-MCG | | 1 | MT |
| *drospirenone-ethinyl estradiol oral tablet 3-0.03 mg* | | 1 | MT |
| ENSKYCE ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG | | 1 | MT |
| *etonogestrel-ethinyl estradiol vaginal ring 0.12-0.015 mg/24hr* | ELURYNG | 2 | MT |
| FALMINA ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG | | 1 | MT |

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 13.

| Medicamento | Referencia de Marca | Nivel | Requisitos/Límites |
|---|---|---|---|
| FEIRZA 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG | | 1 | MT |
| FEIRZA 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG | | 1 | MT |
| FYAVOLV ORAL TABLET 0.5-2.5 MG-MCG, 1-5 MG-MCG | | 1 | MT |
| HAILEY FE 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG | | 1 | MT |
| INTROVALE ORAL TABLET 0.15-0.03 MG | | 1 | MT |
| ISIBLOOM ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG | | 1 | MT |
| JUNEL 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG | | 1 | MT |
| JUNEL 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG | | 1 | MT |
| JUNEL FE 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG | | 1 | MT |
| JUNEL FE 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG | | 1 | MT |
| KARIVA ORAL TABLET 0.15-0.02/0.01 MG (21/5) | | 1 | MT |
| KELNOR 1/35 ORAL TABLET 1-35 MG-MCG | | 1 | MT |
| KURVELO ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG | | 1 | MT |
| LARIN 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG | | 1 | MT |
| LARIN 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG | | 1 | MT |
| LARIN FE 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG | | 1 | MT |
| LARIN FE 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG | | 1 | MT |
| LESSINA ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG | | 1 | MT |
| LEVONEST ORAL TABLET 50-30/75-40/ 125-30 MCG | | 1 | MT |
| *levonorgest-eth estrad 91-day oral tablet 0.15-0.03 mg* | | 1 | MT |

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 13.

| Medicamento | Referencia de Marca | Nivel | Requisitos/Límites |
|---|---|---|---|
| LILETTA (52 MG) INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE 20.1 MCG/DAY | | 3 | |
| LORYNA ORAL TABLET 3-0.02 MG | | 1 | MT |
| LOW-OGESTREL ORAL TABLET 0.3-30 MG-MCG | | 1 | MT |
| LUIZZA 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG | | 1 | MT |
| LUIZZA 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG | | 1 | MT |
| *marlissa oral tablet 0.15-30 mg-mcg* | | 1 | MT |
| MICROGESTIN 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG | | 1 | MT |
| MICROGESTIN 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG | | 1 | MT |
| MICROGESTIN FE 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG | | 1 | MT |
| MICROGESTIN FE 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG | | 1 | MT |
| NECON 0.5/35 (28) ORAL TABLET 0.5-35 MG-MCG | | 1 | MT |
| NEXPLANON SUBCUTANEOUS IMPLANT 68 MG | | 3 | |
| NIKKI ORAL TABLET 3-0.02 MG | | 1 | MT |
| *norelgestromin-eth estradiol transdermal patch weekly 150-35 mcg/24hr* | | 1 | MT; QL (3 EA per 28 days) |
| NORTREL 0.5/35 (28) ORAL TABLET 0.5-35 MG-MCG | | 1 | MT |
| NORTREL 1/35 (21) ORAL TABLET 1-35 MG-MCG | | 1 | MT |
| NORTREL 1/35 (28) ORAL TABLET 1-35 MG-MCG | | 1 | MT |
| NORTREL 7/7/7 ORAL TABLET 0.5/0.75/1-35 MG-MCG | | 1 | MT |
| NYLIA 1/35 ORAL TABLET 1-35 MG-MCG | | 1 | MT |
| NYLIA 7/7/7 ORAL TABLET 0.5/0.75/1-35 MG-MCG | | 1 | MT |
| PIMTREA ORAL TABLET 0.15-0.02/0.01 MG (21/5) | | 1 | MT |

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 13.

| Medicamento | Referencia de Marca | Nivel | Requisitos/Límites |
|---|---|---|---|
| PORTIA-28 ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG | | 1 | MT |
| PREMPRO ORAL TABLET 0.3-1.5 MG, 0.45-1.5 MG, 0.625-2.5 MG, 0.625-5 MG | | 3 | MT |
| RECLIPSEN ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG | | 1 | MT |
| SPRINTEC 28 ORAL TABLET 0.25-35 MG-MCG | | 1 | MT |
| TARINA FE 1/20 EQ ORAL TABLET 1-20 MG-MCG | | 1 | MT |
| TILIA FE ORAL TABLET 1-20/1-30/1-35 MG-MCG | | 1 | MT |
| TRI-LEGEST FE ORAL TABLET 1-20/1-30/1-35 MG-MCG | | 1 | MT |
| TRI-SPRINTEC ORAL TABLET 0.18/0.215/0.25 MG-35 MCG | | 1 | MT |
| TURQOZ ORAL TABLET 0.3-30 MG-MCG | | 1 | MT |
| VALTYA 1/35 ORAL TABLET 1-35 MG-MCG | | 1 | MT |
| VALTYA 1/50 ORAL TABLET 1-50 MG-MCG | | 1 | MT |
| VELIVET ORAL TABLET 0.1/0.125/0.15 -0.025 MG | | 1 | MT |
| *viorele oral tablet 0.15-0.02/0.01 mg (21/5)* | | 1 | MT |
| VYFEMLA ORAL TABLET 0.4-35 MG-MCG | | 1 | MT |
| XARAH FE ORAL TABLET 1-20/1-30/1-35 MG-MCG | | 1 | MT |
| ZOVIA 1/35 (28) ORAL TABLET 1-35 MG-MCG | | 1 | MT |
| ***Agentes Modificadores Del Receptor Selectivo De Estrógeno*** | | | |
| OSPHENA ORAL TABLET 60 MG | | 4 | MT |
| *raloxifene hcl oral tablet 60 mg* | EVISTA | 2 | MT |
| ***Andrógenos*** | | | |
| *danazol oral capsule 100 mg, 200 mg, 50 mg* | | 2 | |

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 13.

| Medicamento | Referencia de Marca | Nivel | Requisitos/Límites |
|---|---|---|---|
| *testosterone cypionate intramuscular solution 100 mg/ml, 200 mg/ml, 200 mg/ml (1 ml)* | DEPO-TESTOSTERONE | 2 | MT; FFL |
| *testosterone enanthate intramuscular solution 200 mg/ml* | | 2 | MT; FFL |
| *testosterone transdermal gel 12.5 mg/act (1%)* | VOGELXO PUMP | 2 | PA; MT; QL (300 GM per 30 days); FFL |
| *testosterone transdermal gel 20.25 mg/act (1.62%)* | ANDROGEL PUMP | 2 | PA; MT; QL (150 GM per 30 days); FFL |
| *testosterone transdermal gel 25 mg/2.5gm (1%)* | | 2 | PA; MT; QL (300 GM per 30 days); FFL |
| *testosterone transdermal gel 50 mg/5gm (1%)* | TESTIM | 2 | PA; MT; QL (300 GM per 30 days); FFL |
| ***Estrógenos*** | | | |
| *estradiol oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg* | | 2 | MT |
| *estradiol transdermal patch weekly 0.025 mg/24hr, 0.0375 mg/24hr, 0.05 mg/24hr, 0.06 mg/24hr, 0.075 mg/24hr, 0.1 mg/24hr* | CLIMARA | 2 | MT |
| *estradiol vaginal cream 0.01 %* | ESTRACE | 2 | MT |
| *estradiol vaginal tablet 10 mcg* | VAGIFEM | 2 | MT |
| *estradiol valerate intramuscular oil 10 mg/ml, 20 mg/ml* | DELESTROGEN | 2 | |
| *estradiol valerate intramuscular oil 40 mg/ml* | | 2 | |
| *estrogens conjugated oral tablet 0.3 mg, 0.45 mg, 0.625 mg, 0.9 mg, 1.25 mg* | PREMARIN | 2 | MT |
| PREMARIN VAGINAL CREAM 0.625 MG/GM | | 3 | MT |
| ***Progestina*** | | | |
| ALTAVERA ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG | | 1 | MT |
| APRI ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG | | 1 | MT |
| ARANELLE ORAL TABLET 0.5/1/0.5-35 MG-MCG | | 1 | MT |
| AUBRA EQ ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG | | 1 | MT |
| AVIANE ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG | | 1 | MT |

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 13.

| Medicamento | Referencia de Marca | Nivel | Requisitos/Límites |
|---|---|---|---|
| BALZIVA ORAL TABLET 0.4-35 MG-MCG | | 1 | MT |
| *briellyn oral tablet 0.4-35 mg-mcg* | | 1 | MT |
| CAMILA ORAL TABLET 0.35 MG | | 1 | MT |
| CRYSELLE ORAL TABLET 0.3-30 MG-MCG | | 1 | MT |
| DEBLITANE ORAL TABLET 0.35 MG | | 1 | MT |
| DEPO-SUBQ PROVERA 104 SUBCUTANEOUS SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 104 MG/0.65ML | | 3 | QL (0.65 ML per 90 days) |
| ENSKYCE ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG | | 1 | MT |
| ERRIN ORAL TABLET 0.35 MG | | 1 | MT |
| FALMINA ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG | | 1 | MT |
| FEIRZA 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG | | 1 | MT |
| FEIRZA 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG | | 1 | MT |
| FYAVOLV ORAL TABLET 0.5-2.5 MG-MCG, 1-5 MG-MCG | | 1 | MT |
| HEATHER ORAL TABLET 0.35 MG | | 1 | MT |
| INCASSIA ORAL TABLET 0.35 MG | | 1 | MT |
| ISIBLOOM ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG | | 1 | MT |
| JUNEL 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG | | 1 | MT |
| JUNEL 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG | | 1 | MT |
| JUNEL FE 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG | | 1 | MT |
| JUNEL FE 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG | | 1 | MT |
| KARIVA ORAL TABLET 0.15-0.02/0.01 MG (21/5) | | 1 | MT |
| KURVELO ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG | | 1 | MT |
| LARIN 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG | | 1 | MT |

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 13.

| Medicamento | Referencia de Marca | Nivel | Requisitos/Límites |
|---|---|---|---|
| LARIN 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG | | 1 | MT |
| LARIN FE 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG | | 1 | MT |
| LARIN FE 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG | | 1 | MT |
| LESSINA ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG | | 1 | MT |
| LEVONEST ORAL TABLET 50-30/75-40/ 125-30 MCG | | 1 | MT |
| *levonorgest-eth estrad 91-day oral tablet 0.15-0.03 mg* | | 1 | MT |
| LOW-OGESTREL ORAL TABLET 0.3-30 MG-MCG | | 1 | MT |
| LYLEQ ORAL TABLET 0.35 MG | | 1 | MT |
| LYZA ORAL TABLET 0.35 MG | | 1 | MT |
| *marlissa oral tablet 0.15-30 mg-mcg* | | 1 | MT |
| *medroxyprogesterone acetate intramuscular suspension 150 mg/ml* | DEPO-PROVERA | 2 | QL (1 ML per 90 days) |
| *medroxyprogesterone acetate intramuscular suspension prefilled syringe 150 mg/ml* | DEPO-PROVERA | 2 | QL (1 ML per 90 days) |
| *medroxyprogesterone acetate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg* | PROVERA | 2 | MT |
| *megestrol acetate oral suspension 40 mg/ml* | | 2 | PA |
| *megestrol acetate oral suspension 625 mg/5ml* | | 2 | PA; MT |
| *megestrol acetate oral tablet 20 mg, 40 mg* | | 2 | PA |
| MELEYA ORAL TABLET 0.35 MG | | 1 | MT |
| MICROGESTIN 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG | | 1 | MT |
| MICROGESTIN 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG | | 1 | MT |
| MICROGESTIN FE 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG | | 1 | MT |
| MICROGESTIN FE 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG | | 1 | MT |

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 13.

| Medicamento | Referencia de Marca | Nivel | Requisitos/Límites |
|---|---|---|---|
| NECON 0.5/35 (28) ORAL TABLET 0.5-35 MG-MCG | | 1 | MT |
| NORA-BE ORAL TABLET 0.35 MG | | 1 | MT |
| *norelgestromin-eth estradiol transdermal patch weekly 150-35 mcg/24hr* | | 1 | MT; QL (3 EA per 28 days) |
| *norethindrone acetate oral tablet 5 mg* | | 2 | MT |
| *norethindrone oral tablet 0.35 mg* | | 1 | MT |
| NORTREL 0.5/35 (28) ORAL TABLET 0.5-35 MG-MCG | | 1 | MT |
| NORTREL 1/35 (21) ORAL TABLET 1-35 MG-MCG | | 1 | MT |
| NORTREL 1/35 (28) ORAL TABLET 1-35 MG-MCG | | 1 | MT |
| NORTREL 7/7/7 ORAL TABLET 0.5/0.75/1-35 MG-MCG | | 1 | MT |
| NYLIA 1/35 ORAL TABLET 1-35 MG-MCG | | 1 | MT |
| NYLIA 7/7/7 ORAL TABLET 0.5/0.75/1-35 MG-MCG | | 1 | MT |
| ORQUIDEA ORAL TABLET 0.35 MG | | 1 | MT |
| PIMTREA ORAL TABLET 0.15-0.02/0.01 MG (21/5) | | 1 | MT |
| PORTIA-28 ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG | | 1 | MT |
| *progesterone oral capsule 100 mg, 200 mg* | PROMETRIUM | 2 | MT |
| RECLIPSEN ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG | | 1 | MT |
| SHAROBEL ORAL TABLET 0.35 MG | | 1 | MT |
| SPRINTEC 28 ORAL TABLET 0.25-35 MG-MCG | | 1 | MT |
| TARINA FE 1/20 EQ ORAL TABLET 1-20 MG-MCG | | 1 | MT |
| TRI-SPRINTEC ORAL TABLET 0.18/0.215/0.25 MG-35 MCG | | 1 | MT |
| TURQOZ ORAL TABLET 0.3-30 MG-MCG | | 1 | MT |
| VELIVET ORAL TABLET 0.1/0.125/0.15 -0.025 MG | | 1 | MT |

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 13.

| Medicamento | Referencia de Marca | Nivel | Requisitos/Límites |
|---|---|---|---|
| VYFEMLA ORAL TABLET 0.4-35 MG-MCG | | 1 | MT |
| XARAH FE ORAL TABLET 1-20/1-30/1-35 MG-MCG | | 1 | MT |
| **Agentes Hormonales, Estimulantes / Reemplazo / Modificación (Pituitaria)** | | | |
| ***Agentes Hormonales, Estimulantes / Reemplazo / Modificación (Pituitaria)*** | | | |
| *desmopressin ace spray refrig nasal solution 0.01 %* | | 2 | MT; FFL |
| *desmopressin acetate oral tablet 0.1 mg, 0.2 mg* | DDAVP | 2 | MT; FFL |
| INCRELEX SUBCUTANEOUS SOLUTION 40 MG/4ML | | 5 | PA; LA |
| NORDITROPIN FLEXPRO SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 10 MG/1.5ML, 15 MG/1.5ML, 5 MG/1.5ML | | 5 | PA |
| **Agentes Hormonales, Estimulantes / Reemplazo / Modificación (Prostaglandinas)** | | | |
| ***Agentes Hormonales, Estimulantes / Reemplazo / Modificación (Prostaglandinas)*** | | | |
| *misoprostol oral tablet 200 mcg* | CYTOTEC | 2 | MT |
| **Agentes Hormonales, Estimulantes / Reemplazo / Modificación (Tiroides)** | | | |
| ***Agentes Hormonales, Estimulantes / Reemplazo / Modificación (Tiroides)*** | | | |
| LEVO-T ORAL TABLET 100 MCG, 112 MCG, 125 MCG, 137 MCG, 150 MCG, 175 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 300 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG | | 2 | MT |

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 13.

| Medicamento | Referencia de Marca | Nivel | Requisitos/Límites |
|---|---|---|---|
| *levothyroxine sodium oral tablet 100 mcg, 112 mcg, 125 mcg, 137 mcg, 150 mcg, 175 mcg, 200 mcg, 25 mcg, 50 mcg, 75 mcg, 88 mcg* | | 2 | MT |
| *levothyroxine sodium oral tablet 300 mcg* | | 2 | MT |
| 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 | | 2 | MT |
| *liothyronine sodium oral tablet 25 mcg, 5 mcg, 50 mcg* | CYTOMEL | 2 | MT |
| SYNTHROID ORAL TABLET 100 MCG, 112 MCG, 125 MCG, 137 MCG, 150 MCG, 175 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 300 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG | | 3 | MT |
| UNITHROID ORAL TABLET 100 MCG, 112 MCG, 125 MCG, 137 MCG, 150 MCG, 175 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 300 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG | | 2 | MT |
| **Agentes Hormonales, Supresores (Suprarrenales O Pituitarios)** | | | |
| ***Agentes Hormonales, Supresores (Suprarrenales O Pituitarios)*** | | | |
| *bromocriptine mesylate oral capsule 5 mg* | | 2 | MT |
| *bromocriptine mesylate oral tablet 2.5 mg* | | 2 | MT |
| *cabergoline oral tablet 0.5 mg* | | 2 | |
| ELIGARD SUBCUTANEOUS KIT 22.5 MG, 30 MG, 45 MG, 7.5 MG | | 4 | PA |
| FIRMAGON (240 MG DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 120 MG/VIAL | | 5 | PA; QL (4 EA per 365 days) |
| FIRMAGON SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 80 MG | | 4 | PA; QL (1 EA per 28 days) |
| *leuprolide acetate injection kit 1 mg/0.2ml* | | 2 | PA |
| LUPRON DEPOT (1-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 3.75 MG, 7.5 MG | | 5 | PA |

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 13.

| Medicamento | Referencia de Marca | Nivel | Requisitos/Límites |
|---|---|---|---|
| LUPRON DEPOT (3-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 11.25 MG, 22.5 MG | | 5 | PA |
| LUPRON DEPOT (4-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 30 MG | | 5 | PA |
| LUPRON DEPOT (6-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 45 MG | | 5 | PA |
| LYSODREN ORAL TABLET 500 MG | | 5 | LA |
| *octreotide acetate injection solution 100 mcg/ml* | SANDOSTATIN | 2 | PA; MT; FFL |
| *octreotide acetate injection solution 1000 mcg/ml* | | 5 | PA |
| *octreotide acetate injection solution 200 mcg/ml* | | 2 | PA; MT; FFL |
| *octreotide acetate injection solution 50 mcg/ml* | SANDOSTATIN | 2 | MT; FFL |
| *octreotide acetate injection solution 500 mcg/ml* | SANDOSTATIN | 5 | PA |
| RECORLEV ORAL TABLET 150 MG | | 5 | PA; QL (240 EA per 30 days) |
| SIGNIFOR SUBCUTANEOUS SOLUTION 0.3 MG/ML, 0.6 MG/ML, 0.9 MG/ML | | 5 | PA; LA |
| SOMAVERT SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 30 MG | | 5 | PA; LA |
| SYNAREL NASAL SOLUTION 2 MG/ML | | 5 | PA |
| TRELSTAR MIXJECT INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 11.25 MG, 22.5 MG, 3.75 MG | | 4 | PA |
| **Agentes Hormonales, Supresores (Tiroides)** | | | |
| ***Agentes Antitiroides*** | | | |
| *methimazole oral tablet 10 mg, 5 mg* | | 2 | MT |
| *propylthiouracil oral tablet 50 mg* | | 2 | MT |
| **Agentes Inmunológicos** | | | |
| ***Agentes Inmunológicos, Otros*** | | | |

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 13.

| Medicamento | Referencia de Marca | Nivel | Requisitos/Límites |
|---|---|---|---|
| ARCALYST SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 220 MG | | 5 | PA; LA |
| COSENTYX (300 MG DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 150 MG/ML | | 5 | PA; LA; QL (8 ML per 28 days) |
| COSENTYX SENSOREADY (300 MG) SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 150 MG/ML | | 5 | PA; LA; QL (8 ML per 28 days) |
| COSENTYX SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 75 MG/0.5ML | | 5 | PA; LA; QL (8 ML per 28 days) |
| COSENTYX UNOREADY SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 300 MG/2ML | | 5 | PA; LA; QL (8 ML per 28 days) |
| DUPIXENT SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 200 MG/1.14ML | | 5 | PA; QL (4.56 ML per 28 days) |
| DUPIXENT SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 300 MG/2ML | | 5 | PA; QL (8 ML per 28 days) |
| DUPIXENT SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 200 MG/1.14ML | | 5 | PA; QL (4.56 ML per 28 days) |
| DUPIXENT SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 300 MG/2ML | | 5 | PA; QL (8 ML per 28 days) |
| ENTYVIO PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 108 MG/0.68ML | | 5 | PA; QL (1.36 ML per 28 days) |
| *leflunomide oral tablet 10 mg, 20 mg* | ARAVA | 2 | MT; QL (30 EA per 30 days) |
| PAXLOVID (150/100) ORAL TABLET THERAPY PACK 10 X 150 MG & 10 X 100MG | | 2 | QL (20 EA per 30 days) |
| PAXLOVID (300/100 & 150/100) ORAL TABLET THERAPY PACK 6 X 150 MG & 5 X 100MG | | 2 | QL (11 EA per 30 days) |
| PAXLOVID (300/100) ORAL TABLET THERAPY PACK 20 X 150 MG & 10 X 100MG | | 2 | QL (30 EA per 30 days) |
| REVCOVI INTRAMUSCULAR SOLUTION 2.4 MG/1.5ML | | 5 | PA; LA |

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 13.

| Medicamento | Referencia de Marca | Nivel | Requisitos/Límites |
|---|---|---|---|
| RINVOQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 15 MG, 30 MG, 45 MG | | 5 | PA; QL (30 EA per 30 days) |
| SELARSDI SUBCUTANEOUS SOLUTION 45 MG/0.5ML | | 3 | PA; MT; QL (1 ML per 28 days) |
| SELARSDI SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 45 MG/0.5ML | | 3 | PA; MT; QL (1 ML per 28 days) |
| SELARSDI SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 90 MG/ML | | 5 | PA; QL (1 ML per 28 days) |
| SKYRIZI PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 150 MG/ML | | 5 | PA; QL (6 ML per 365 days) |
| SKYRIZI SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 180 MG/1.2ML | | 5 | PA; QL (8.4 ML per 365 days) |
| SKYRIZI SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 360 MG/2.4ML | | 5 | PA; QL (16.8 ML per 365 days) |
| SKYRIZI SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 150 MG/ML | | 5 | PA; QL (6 ML per 365 days) |
| SKYRIZI SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 55 MG/0.37ML | | 5 | PA; QL (2.22 ML per 365 days) |
| *tofacitinib citrate er oral tablet extended release 24 hour 11 mg, 22 mg* | XELJANZ XR | 2 | PA; MT; QL (30 EA per 30 days) |
| *tofacitinib citrate oral solution 1 mg/ml* | XELJANZ | 2 | PA; MT; QL (480 ML per 24 days) |
| *tofacitinib citrate oral tablet 10 mg, 5 mg* | XELJANZ | 2 | PA; MT; QL (60 EA per 30 days) |
| TREMFYA ONE-PRESS SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 MG/ML | | 5 | PA; QL (2 ML per 28 days) |
| TREMFYA PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 200 MG/2ML | | 5 | PA; QL (2 ML per 28 days) |
| TREMFYA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 100 MG/ML, 200 MG/2ML | | 5 | PA; QL (2 ML per 28 days) |

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 13.

| Medicamento | Referencia de Marca | Nivel | Requisitos/Límites |
|---|---|---|---|
| TREMFYA-CD/UC INDUCTION SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 200 MG/2ML | | 5 | PA; QL (4 ML per 28 days) |
| XOLAIR SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 150 MG/ML, 300 MG/2ML | | 5 | PA; LA; QL (8 ML per 28 days) |
| XOLAIR SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 75 MG/0.5ML | | 5 | PA; LA; QL (2 ML per 28 days) |
| XOLAIR SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 150 MG/ML, 300 MG/2ML | | 5 | PA; LA; QL (8 ML per 28 days) |
| XOLAIR SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 75 MG/0.5ML | | 5 | PA; LA; QL (2 ML per 28 days) |
| XOLAIR SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 150 MG | | 5 | PA; LA; QL (8 EA per 28 days) |
| ***Agentes Para Angioedema*** | | | |
| *icatibant acetate subcutaneous solution prefilled syringe 30 mg/3ml* | SAJAZIR | 5 | PA; QL (18 ML per 30 days) |
| ORLADEYO ORAL CAPSULE 110 MG, 150 MG | | 5 | PA; LA; QL (28 EA per 28 days) |
| SAJAZIR SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 30 MG/3ML | | 5 | PA; LA; QL (18 ML per 30 days) |
| TAKHZYRO SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 300 MG/2ML | | 5 | PA; LA |
| ***Inmunoestimulantes*** | | | |
| ACTIMMUNE SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 MCG/0.5ML | | 5 | PA; LA |
| BESREMI PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 500 MCG/0.5ML | | 5 | PA; LA; QL (2 ML per 28 days) |
| BESREMI SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 500 MCG/ML | | 5 | PA; LA; QL (2 ML per 28 days) |
| PEGASYS SUBCUTANEOUS SOLUTION 180 MCG/ML | | 5 | PA |

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 13.

| Medicamento | Referencia de Marca | Nivel | Requisitos/Límites |
|---|---|---|---|
| PEGASYS SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 180 MCG/0.5ML | | 5 | PA |
| ***Inmunoglobulinas*** | | | |
| GAMUNEX-C INJECTION SOLUTION 1 GM/10ML, 10 GM/100ML, 2.5 GM/25ML, 20 GM/200ML, 40 GM/400ML, 5 GM/50ML | | 5 | PA |
| OCTAGAM INTRAVENOUS SOLUTION 1 GM/20ML | | 4 | PA |
| OCTAGAM INTRAVENOUS SOLUTION 10 GM/100ML, 10 GM/200ML, 2 GM/20ML, 2.5 GM/50ML, 20 GM/200ML, 30 GM/300ML, 5 GM/100ML, 5 GM/50ML | | 5 | PA |
| ***Inmunosupresores*** | | | |
| *azathioprine oral tablet 100 mg, 75 mg* | AZASAN | 2 | PA; MT |
| *azathioprine oral tablet 50 mg* | IMURAN | 2 | PA; MT |
| BENLYSTA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 200 MG/ML | | 5 | PA; LA |
| BENLYSTA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 200 MG/ML | | 5 | PA; LA |
| *cyclosporine modified oral capsule 100 mg, 25 mg* | | 2 | PA; MT |
| *cyclosporine modified oral capsule 50 mg* | | 2 | PA; MT |
| *cyclosporine modified oral solution 100 mg/ml* | NEORAL | 2 | PA; MT |
| *cyclosporine oral capsule 100 mg, 25 mg* | SANDIMMUNE | 4 | PA; MT |
| ENBREL MINI SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 50 MG/ML | | 5 | PA; QL (8 ML per 28 days) |
| ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION 25 MG/0.5ML | | 5 | PA; QL (8 ML per 28 days) |
| ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 25 MG/0.5ML, 50 MG/ML | | 5 | PA; QL (8 ML per 28 days) |
| ENBREL SURECLICK SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 50 MG/ML | | 5 | PA; QL (8 ML per 28 days) |

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 13.

| Medicamento | Referencia de Marca | Nivel | Requisitos/Límites |
|---|---|---|---|
| ENVARSUS XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 0.75 MG, 1 MG, 4 MG | | 4 | PA; MT |
| *everolimus oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg* | ZORTRESS | 4 | PA; MT |
| *everolimus oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg* | AFINITOR | 4 | PA |
| *everolimus oral tablet soluble 2 mg, 3 mg, 5 mg* | AFINITOR DISPERZ | 5 | PA |
| GENGRAF ORAL CAPSULE 100 MG, 25 MG | | 2 | PA; MT |
| HADLIMA PUSHTOUCH SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 40 MG/0.4ML | | 5 | PA; QL (2.4 ML per 28 days) |
| HADLIMA PUSHTOUCH SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 40 MG/0.8ML | | 5 | PA; QL (4.8 ML per 28 days) |
| HADLIMA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 40 MG/0.4ML | | 5 | PA; QL (2.4 ML per 28 days) |
| HADLIMA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 40 MG/0.8ML | | 5 | PA; QL (4.8 ML per 28 days) |
| *leflunomide oral tablet 10 mg, 20 mg* | ARAVA | 2 | MT; QL (30 EA per 30 days) |
| *mercaptopurine oral tablet 50 mg* | | 2 | |
| *methotrexate sodium (pf) injection solution 50 mg/2ml* | | 2 | PA |
| *methotrexate sodium injection solution 250 mg/10ml, 50 mg/2ml* | | 2 | PA |
| *methotrexate sodium oral tablet 2.5 mg* | | 2 | PA |
| *mycophenolate mofetil oral capsule 250 mg* | CELLCEPT | 2 | PA; MT |
| *mycophenolate mofetil oral suspension reconstituted 200 mg/ml* | CELLCEPT | 4 | PA; MT |
| *mycophenolate mofetil oral tablet 500 mg* | CELLCEPT | 2 | PA; MT |
| *mycophenolate sodium oral tablet delayed release 180 mg, 360 mg* | MYFORTIC | 2 | PA; MT |
| NEORAL ORAL CAPSULE 100 MG, 25 MG | | 3 | PA; MT |

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 13.

| Medicamento | Referencia de Marca | Nivel | Requisitos/Límites |
|---|---|---|---|
| NEORAL ORAL SOLUTION 100 MG/ML | | 3 | PA; MT |
| OTEZLA ORAL TABLET 20 MG | | 5 | PA; QL (56 EA per 28 days) |
| OTEZLA ORAL TABLET THERAPY PACK 10 & 20 & 30 MG | | 5 | PA; LA; QL (55 EA per 28 days) |
| OTEZLA ORAL TABLET THERAPY PACK 4 X 10 & 51 X20 MG | | 5 | PA; QL (55 EA per 28 days) |
| OTEZLA XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 75 MG | | 5 | PA; QL (30 EA per 30 days) |
| OTEZLA/OTEZLA XR INITIATION PK ORAL TABLET THERAPY PACK 10&20&30&(ER)75 MG | | 5 | PA; QL (41 EA per 28 days) |
| PROGRAF ORAL PACKET 0.2 MG, 1 MG | | 4 | PA; MT |
| REZUROCK ORAL TABLET 200 MG | | 5 | PA; LA; QL (30 EA per 30 days) |
| SIMLANDI (1 PEN) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT 40 MG/0.4ML | | 3 | PA; MT; QL (6 EA per 28 days); FFL |
| SIMLANDI (1 PEN) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT 80 MG/0.8ML | | 5 | PA; QL (3 EA per 28 days) |
| SIMLANDI (2 PEN) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT 40 MG/0.4ML | | 3 | PA; MT; QL (6 EA per 28 days); FFL |
| SIMLANDI (2 SYRINGE) SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 20 MG/0.2ML | | 3 | PA; MT; QL (12 EA per 28 days) |
| SIMLANDI (2 SYRINGE) SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 40 MG/0.4ML | | 3 | PA; MT; QL (6 EA per 28 days); FFL |
| *sirolimus oral solution 1 mg/ml* | | 4 | PA; MT |
| *sirolimus oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg* | | 2 | PA; MT |
| *tacrolimus er oral capsule extended release 24 hour 0.5 mg, 1 mg* | ASTAGRAF XL | 2 | PA; MT |
| *tacrolimus er oral capsule extended release 24 hour 5 mg* | ASTAGRAF XL | 5 | PA |
| *tacrolimus oral capsule 0.5 mg, 1 mg, 5 mg* | PROGRAF | 2 | PA; MT |
| TAVNEOS ORAL CAPSULE 10 MG | | 5 | PA; LA; QL (180 EA per 30 days) |

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 13.

| Medicamento | Referencia de Marca | Nivel | Requisitos/Límites |
|---|---|---|---|
| TYENNE SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 162 MG/0.9ML | | 4 | PA; MT; QL (3.6 ML per 28 days) |
| TYENNE SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 162 MG/0.9ML | | 4 | PA; MT; QL (3.6 ML per 28 days) |
| XATMEP ORAL SOLUTION 2.5 MG/ML | | 4 | PA |
| ZYMFENTRA (2 PEN) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT 120 MG/ML | | 5 | PA; QL (2 EA per 28 days) |
| ZYMFENTRA (2 SYRINGE) SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 120 MG/ML | | 5 | PA; QL (2 EA per 28 days) |
| ***Vacunas*** | | | |
| ABRYSVO INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED 120 MCG/0.5ML | | 3 | QL (0.5 ML once in a lifetime) |
| ACTHIB INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED | | 3 | |
| ADACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION 5-2-15.5 LF-MCG/0.5 | | 3 | |
| ADACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 5-2-15.5 LF-MCG/0.5 | | 3 | |
| AREXVY INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 120 MCG/0.5ML | | 3 | QL (0.5 ML once in a lifetime) |
| *bcg vaccine injection solution reconstituted 50 mg* | | 3 | |
| BEXSERO INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 0.5 ML | | 3 | |
| BOOSTRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 5-2.5-18.5 LF-MCG/0.5 | | 3 | |
| DAPTACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION 23-15-5 | | 3 | |
| DENGVAXIA SUBCUTANEOUS SUSPENSION RECONSTITUTED | | 3 | |

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 13.

| Medicamento | Referencia de Marca | Nivel | Requisitos/Límites |
|---|---|---|---|
| ENGERIX-B INJECTION SUSPENSION 20 MCG/ML | | 3 | PA |
| ENGERIX-B INJECTION SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 10 MCG/0.5ML, 20 MCG/ML | | 3 | PA |
| GARDASIL 9 INTRAMUSCULAR SUSPENSION 0.5 ML | | 3 | |
| GARDASIL 9 INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 0.5 ML | | 3 | |
| HAVRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 1440 EL U/ML, 720 EL U/0.5ML | | 3 | |
| HEPLISAV-B INTRAMUSCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE 20 MCG/0.5ML | | 3 | PA |
| HIBERIX INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 10 MCG | | 3 | |
| IMOVAX RABIES INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 2.5 UNIT/ML | | 3 | |
| INFANRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 25-58-10 | | 3 | |
| IPOL INJECTION SUSPENSION | | 3 | |
| IXIARO INTRAMUSCULAR SUSPENSION | | 3 | |
| JYNNEOS SUBCUTANEOUS SUSPENSION 0.5 ML | | 3 | PA |
| KINRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 0.5 ML | | 3 | |
| MENQUADFI INTRAMUSCULAR SOLUTION 0.5 ML | | 3 | |
| MENVEO INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED | | 3 | |
| M-M-R II INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED | | 3 | |
| MRESVIA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 50 MCG/0.5ML | | 3 | QL (0.5 ML once in a lifetime) |

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 13.

| Medicamento | Referencia de Marca | Nivel | Requisitos/Límites |
|---|---|---|---|
| PEDIARIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE | | 3 | |
| PEDVAXHIB INTRAMUSCULAR SUSPENSION 7.5 MCG/0.5ML | | 3 | |
| PENBRAYA INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED | | 3 | |
| *penmenvy intramuscular suspension reconstituted* | | 3 | |
| PENTACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED | | 3 | |
| PRIORIX SUBCUTANEOUS SUSPENSION RECONSTITUTED | | 3 | |
| PROQUAD SUBCUTANEOUS SUSPENSION RECONSTITUTED | | 3 | |
| QUADRACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION | | 3 | |
| QUADRACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 0.5 ML | | 3 | |
| RABAVERT INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED | | 3 | |
| RECOMBIVAX HB INJECTION SUSPENSION 10 MCG/ML, 40 MCG/ML, 5 MCG/0.5ML | | 3 | PA |
| RECOMBIVAX HB INJECTION SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 10 MCG/ML, 5 MCG/0.5ML | | 3 | PA |
| ROTARIX ORAL SUSPENSION | | 3 | |
| ROTATEQ ORAL SOLUTION | | 3 | |
| SHINGRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 50 MCG/0.5ML | | 3 | QL (1 ML once in a lifetime) |
| SHINGRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 50 MCG/0.5ML | | 3 | QL (2 EA once in a lifetime) |
| TENIVAC INTRAMUSCULAR INJECTABLE 5-2 LFU, 5-2 LFU (INJECTION) | | 3 | PA |
| TICOVAC INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 1.2 MCG/0.25ML, 2.4 MCG/0.5ML | | 3 | |

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 13.

| Medicamento | Referencia de Marca | Nivel | Requisitos/Límites |
|---|---|---|---|
| TRUMENBA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 0.5 ML | | 3 | |
| TWINRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 720-20 ELU-MCG/ML | | 3 | |
| TYPHIM VI INTRAMUSCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE 25 MCG/0.5ML | | 3 | |
| VAQTA INTRAMUSCULAR SUSPENSION 25 UNIT/0.5ML, 50 UNIT/ML | | 3 | |
| VAQTA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 25 UNIT/0.5ML, 50 UNIT/ML | | 3 | |
| VARIVAX INJECTION SUSPENSION RECONSTITUTED 1350 PFU/0.5ML | | 3 | |
| VAXCHORA ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED | | 3 | |
| VIMKUNYA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 40 MCG/0.8ML | | 3 | |
| VIVOTIF ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE | | 3 | |
| YF-VAX SUBCUTANEOUS SUSPENSION RECONSTITUTED | | 3 | |
| **Agentes Oftálmicos** | | | |
| ***Agentes Oftálmicos De Bloqueo Beta-Adrenérgicos*** | | | |
| *betaxolol hcl ophthalmic solution 0.5 %* | | 2 | MT |
| *carteolol hcl ophthalmic solution 1 %* | | 2 | MT |
| *levobunolol hcl ophthalmic solution 0.5 %* | | 2 | MT |
| *timolol hemihydrate ophthalmic solution 0.5 %* | BETIMOL | 2 | MT |
| *timolol maleate ophthalmic gel forming solution 0.25 %, 0.5 %* | | 2 | MT |
| *timolol maleate ophthalmic solution 0.25 %, 0.5 %* | | 2 | MT |
| ***Agentes Oftálmicos Para Alergia*** | | | |

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 13.

| Medicamento | Referencia de Marca | Nivel | Requisitos/Límites |
|---|---|---|---|
| *azelastine hcl ophthalmic solution 0.05 %* | | 2 | |
| *bepotastine besilate ophthalmic solution 1.5 %* | BEPREVE | 2 | QL (5 ML per 25 days) |
| *cromolyn sodium ophthalmic solution 4 %* | | 2 | |
| ***Agentes Oftálmicos Para Bajar La Presión Intraocular, Otros*** | | | |
| *acetazolamide er oral capsule extended release 12 hour 500 mg* | | 2 | MT |
| *acetazolamide oral tablet 125 mg, 250 mg* | | 2 | MT |
| ALPHAGAN P OPHTHALMIC SOLUTION 0.1 % | | 3 | MT |
| AZOPT OPHTHALMIC SUSPENSION 1 % | | 3 | MT |
| *brimonidine tartrate ophthalmic solution 0.2 %* | | 2 | MT |
| COMBIGAN OPHTHALMIC SOLUTION 0.2-0.5 % | | 3 | MT |
| *dorzolamide hcl ophthalmic solution 2 %* | | 2 | MT |
| *dorzolamide hcl-timolol mal ophthalmic solution 2-0.5 %* | COSOPT | 2 | MT |
| *dorzolamide hcl-timolol mal pf ophthalmic solution 2-0.5 %* | COSOPT PF | 2 | MT |
| *methazolamide oral tablet 25 mg, 50 mg* | | 2 | MT |
| *pilocarpine hcl ophthalmic solution 1 %, 2 %, 4 %* | | 2 | MT |
| ROCKLATAN OPHTHALMIC SOLUTION 0.02-0.005 % | | 3 | MT |
| SIMBRINZA OPHTHALMIC SUSPENSION 1-0.2 % | | 3 | MT |
| ***Agentes Oftálmicos Para La Inflamación*** | | | |
| *dexamethasone sodium phosphate ophthalmic solution 0.1 %* | | 2 | |
| *diclofenac sodium ophthalmic solution 0.1 %* | | 2 | |
| DUREZOL OPHTHALMIC EMULSION 0.05 % | | 3 | |
| *fluorometholone ophthalmic suspension 0.1 %* | FML LIQUIFILM | 2 | |

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 13.

| Medicamento | Referencia de Marca | Nivel | Requisitos/Límites |
|---|---|---|---|
| *flurbiprofen sodium ophthalmic solution 0.03 %* | | 2 | |
| ILEVRO OPHTHALMIC SUSPENSION 0.3 % | | 3 | |
| *ketorolac tromethamine ophthalmic solution 0.4 %* | ACULAR LS | 2 | |
| *ketorolac tromethamine ophthalmic solution 0.5 %* | ACULAR | 2 | |
| LOTEMAX OPHTHALMIC GEL 0.5 % | | 3 | |
| LOTEMAX SM OPHTHALMIC GEL 0.38 % | | 3 | |
| *loteprednol etabonate ophthalmic suspension 0.2 %* | ALREX | 2 | |
| *loteprednol etabonate ophthalmic suspension 0.5 %* | LOTEMAX | 2 | |
| *prednisolone acetate ophthalmic suspension 1 %* | PRED FORTE | 2 | |
| *prednisolone sodium phosphate ophthalmic solution 1 %* | | 2 | |
| XIIDRA OPHTHALMIC SOLUTION 5 % | | 3 | MT; QL (60 EA per 30 days); FFL |
| ***Agentes Oftálmicos, Otros*** | | | |
| *atropine sulfate ophthalmic solution 1 %* | | 2 | MT |
| *bacitra-neomycin-polymyxin-hc ophthalmic ointment 1 %* | | 2 | |
| *cyclosporine (pf) ophthalmic emulsion 0.05 %* | RESTASIS | 4 | MT; QL (60 EA per 30 days); FFL |
| CYSTARAN OPHTHALMIC SOLUTION 0.44 % | | 5 | LA; QL (60 ML per 30 days) |
| MIEBO OPHTHALMIC SOLUTION 1.338 GM/ML | | 3 | MT; QL (12 ML per 30 days); FFL |
| *neomycin-polymyxin-dexameth ophthalmic ointment 3.5-10000-0.1* | MAXITROL | 2 | |
| *neomycin-polymyxin-dexameth ophthalmic suspension 3.5-10000-0.1* | MAXITROL | 2 | |
| *neomycin-polymyxin-hc ophthalmic suspension 3.5-10000-1* | | 2 | |
| *sulfacetamide-prednisolone ophthalmic solution 10-0.23 %* | | 2 | |

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 13.

| Medicamento | Referencia de Marca | Nivel | Requisitos/Límites |
|---|---|---|---|
| TOBRADEX OPHTHALMIC OINTMENT 0.3-0.1 % | | 3 | |
| TOBRADEX ST OPHTHALMIC SUSPENSION 0.3-0.05 % | | 3 | |
| *tobramycin-dexamethasone ophthalmic suspension 0.3-0.1 %* | | 2 | |
| XDEMVY OPHTHALMIC SOLUTION 0.25 % | | 5 | PA; QL (10 ML per 42 days) |
| ***Antiinfecciosos Oftálmicos*** | | | |
| AZASITE OPHTHALMIC SOLUTION 1 % | | 3 | |
| *bacitracin-polymyxin b ophthalmic ointment 500-10000 unit/gm* | | 2 | |
| BESIVANCE OPHTHALMIC SUSPENSION 0.6 % | | 3 | |
| *ciprofloxacin hcl ophthalmic solution 0.3 %* | | 2 | |
| *erythromycin ophthalmic ointment 5 mg/gm* | | 2 | |
| *gatifloxacin ophthalmic solution 0.5 %* | | 2 | |
| *gentamicin sulfate ophthalmic solution 0.3 %* | | 2 | |
| *moxifloxacin hcl ophthalmic solution 0.5 %* | VIGAMOX | 2 | |
| *neomycin-bacitracin zn-polymyx ophthalmic ointment 5-400-10000* | | 2 | |
| *neomycin-polymyxin-gramicidin ophthalmic solution 1.75-10000-.025* | | 2 | |
| *ofloxacin ophthalmic solution 0.3 %* | OCUFLOX | 2 | |
| *polymyxin b-trimethoprim ophthalmic solution 10000-0.1 unit/ml-%* | | 2 | |
| *sulfacetamide sodium ophthalmic solution 10 %* | | 2 | |
| *tobramycin ophthalmic solution 0.3 %* | | 2 | |
| *trifluridine ophthalmic solution 1 %* | | 2 | |
| XDEMVY OPHTHALMIC SOLUTION 0.25 % | | 5 | PA; QL (10 ML per 42 days) |
| ZIRGAN OPHTHALMIC GEL 0.15 % | | 4 | |

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 13.

| Medicamento | Referencia de Marca | Nivel | Requisitos/Límites |
|---|---|---|---|
| ***Prostaglandinas Oftálmicas Y Análogos De Prostamida*** | | | |
| *bimatoprost ophthalmic solution 0.03 %* | | 2 | MT; QL (5 ML per 30 days) |
| *latanoprost ophthalmic solution 0.005 %* | XALATAN | 2 | MT; QL (2.5 ML per 25 days) |
| LUMIGAN OPHTHALMIC SOLUTION 0.01 % | | 3 | MT; QL (2.5 ML per 25 days) |
| *travoprost (bak free) ophthalmic solution 0.004 %* | TRAVATAN Z | 2 | MT; QL (2.5 ML per 25 days) |
| VYZULTA OPHTHALMIC SOLUTION 0.024 % | | 4 | MT; QL (2.5 ML per 25 days) |
| **Agentes Orales Y Dentales** | | | |
| ***Agentes Orales Y Dentales*** | | | |
| *cevimeline hcl oral capsule 30 mg* | EVOXAC | 2 | MT |
| *chlorhexidine gluconate mouth/throat solution 0.12 %* | PERIOGARD | 2 | |
| *doxycycline hyclate oral tablet 20 mg* | | 2 | |
| PERIOGARD MOUTH/THROAT SOLUTION 0.12 % | | 2 | |
| *pilocarpine hcl oral tablet 5 mg, 7.5 mg* | SALAGEN | 2 | MT |
| *triamcinolone acetonide mouth/throat paste 0.1 %* | KOURZEQ | 2 | |
| **Agentes Oticos** | | | |
| ***Agentes Oticos*** | | | |
| *acetic acid otic solution 2 %* | | 2 | |
| *ciprofloxacin-dexamethasone otic suspension 0.3-0.1 %* | | 2 | |
| *fluocinolone acetonide otic oil 0.01 %* | DERMOTIC | 2 | |
| *hydrocortisone-acetic acid otic solution 1-2 %* | | 2 | |
| *neomycin-polymyxin-hc otic solution 1 %* | | 2 | |
| *neomycin-polymyxin-hc otic suspension 3.5-10000-1* | | 2 | |
| *ofloxacin otic solution 0.3 %* | | 2 | |
| **Agentes Para El Desórden Del Sueño** | | | |

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 13.

| Medicamento | Referencia de Marca | Nivel | Requisitos/Límites |
|---|---|---|---|
| ***Agentes Promotores De La Vigilia*** | | | |
| *armodafinil oral tablet 150 mg* | NUVIGIL | 2 | PA; MT; QL (60 EA per 30 days) |
| *armodafinil oral tablet 200 mg, 250 mg* | NUVIGIL | 2 | PA; MT; QL (30 EA per 30 days) |
| *armodafinil oral tablet 50 mg* | NUVIGIL | 2 | PA; MT; QL (150 EA per 30 days) |
| LUMRYZ ORAL PACKET 4.5 GM, 6 GM, 7.5 GM, 9 GM | | 5 | PA; LA; QL (30 EA per 30 days) |
| LUMRYZ STARTER PACK ORAL THERAPY PACK 4.5 & 6 & 7.5 GM | | 5 | PA; LA; QL (28 EA per 28 days) |
| *modafinil oral tablet 100 mg, 200 mg* | PROVIGIL | 2 | PA; MT; QL (30 EA per 30 days) |
| *sodium oxybate oral solution 500 mg/ml* | XYREM | 5 | PA; LA; QL (540 ML per 30 days) |
| ***Agentes Promotores Del Sueño*** | | | |
| BELSOMRA ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 20 MG, 5 MG | | 3 | ST; QL (30 EA per 30 days) |
| *doxepin hcl oral tablet 3 mg, 6 mg* | SILENOR | 2 | QL (30 EA per 30 days) |
| *estazolam oral tablet 1 mg, 2 mg* | | 2 | PA; QL (30 EA per 30 days) |
| *ramelteon oral tablet 8 mg* | ROZEREM | 2 | QL (30 EA per 30 days) |
| *tasimelteon oral capsule 20 mg* | HETLIOZ | 5 | PA; QL (30 EA per 30 days) |
| *temazepam oral capsule 15 mg, 22.5 mg, 30 mg, 7.5 mg* | RESTORIL | 2 | PA; QL (30 EA per 30 days) |
| *zaleplon oral capsule 10 mg, 5 mg* | | 2 | QL (30 EA per 30 days) |
| *zolpidem tartrate er oral tablet extended release 12.5 mg* | AMBIEN CR | 2 | PA; QL (30 EA per 30 days) |
| *zolpidem tartrate er oral tablet extended release 6.25 mg* | AMBIEN CR | 2 | QL (30 EA per 30 days) |
| *zolpidem tartrate oral tablet 10 mg* | AMBIEN | 2 | PA; QL (30 EA per 30 days) |
| *zolpidem tartrate oral tablet 5 mg* | AMBIEN | 2 | QL (30 EA per 30 days) |

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 13.

| Medicamento | Referencia de Marca | Nivel | Requisitos/Límites |
|---|---|---|---|
| **Agentes Para El Tratamiento De Abuso De Sustancias. Anti-Adicción** | | | |
| ***Agentes Para Revertimiento De Opioides*** | | | |
| KLOXXADO NASAL LIQUID 8 MG/0.1ML | | 3 | |
| *naloxone hcl injection solution 0.4 mg/ml* | | 2 | |
| *naloxone hcl injection solution cartridge 0.4 mg/ml* | | 2 | |
| *naloxone hcl injection solution prefilled syringe 0.4 mg/ml, 2 mg/2ml* | | 2 | |
| OPVEE NASAL SOLUTION 2.7 MG/0.1ML | | 3 | |
| ***Agentes Para Sesación De Fumar*** | | | |
| *bupropion hcl er (smoking det) oral tablet extended release 12 hour 150 mg* | | 2 | |
| NICOTROL NS NASAL SOLUTION 10 MG/ML | | 3 | |
| *varenicline tartrate (starter) oral tablet therapy pack 0.5 mg x 11 & 1 mg x 42* | CHANTIX STARTING MONTH PAK | 4 | QL (53 EA per 28 days) |
| *varenicline tartrate oral tablet 0.5 mg, 1 mg* | CHANTIX | 4 | QL (60 EA per 30 days) |
| *varenicline tartrate(continue) oral tablet 1 mg* | CHANTIX | 4 | QL (56 EA per 28 days) |
| ***Dependencia De Opioides*** | | | |
| *buprenorphine hcl sublingual tablet sublingual 2 mg* | | 2 | |
| *buprenorphine hcl sublingual tablet sublingual 8 mg* | | 2 | QL (60 EA per 30 days) |
| *buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual film 12-3 mg, 2-0.5 mg, 4-1 mg, 8-2 mg* | SUBOXONE | 2 | |
| *buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual tablet sublingual 2-0.5 mg, 8-2 mg* | | 2 | |
| *naltrexone hcl oral tablet 50 mg* | | 2 | |

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 13.

| Medicamento | Referencia de Marca | Nivel | Requisitos/Límites |
|---|---|---|---|
| ***Disuadores De Alcohol / Medicamentos Para Controlar El Deseo*** | | | |
| *acamprosate calcium oral tablet delayed release 333 mg* | | 2 | MT |
| *disulfiram oral tablet 250 mg, 500 mg* | | 2 | MT |
| **Agentes Para El Tratamiento De La Espasticidad** | | | |
| ***Agentes Para El Tratamiento De La Espasticidad*** | | | |
| *baclofen oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg* | | 2 | |
| *dantrolene sodium oral capsule 100 mg, 50 mg* | | 2 | |
| *dantrolene sodium oral capsule 25 mg* | DANTRIUM | 2 | |
| *tizanidine hcl oral capsule 2 mg, 4 mg, 6 mg* | ZANAFLEX | 2 | |
| *tizanidine hcl oral tablet 2 mg* | | 2 | |
| *tizanidine hcl oral tablet 4 mg* | ZANAFLEX | 2 | |
| **Agentes Para El Tratamiento De La Migraña** | | | |
| ***Agonista Del Receptor De Serotonina (5-Ht)*** | | | |
| *eletriptan hydrobromide oral tablet 20 mg, 40 mg* | RELPAX | 2 | QL (9 EA per 30 days) |
| *naratriptan hcl oral tablet 1 mg, 2.5 mg* | | 2 | QL (12 EA per 28 days) |
| *rizatriptan benzoate oral tablet 10 mg* | MAXALT | 2 | QL (18 EA per 28 days) |
| *rizatriptan benzoate oral tablet 5 mg* | | 2 | QL (18 EA per 28 days) |
| *rizatriptan benzoate oral tablet dispersible 10 mg* | MAXALT-MLT | 2 | QL (18 EA per 28 days) |
| *rizatriptan benzoate oral tablet dispersible 5 mg* | | 2 | QL (18 EA per 28 days) |
| *sumatriptan nasal solution 20 mg/act* | | 4 | QL (12 EA per 28 days) |
| *sumatriptan nasal solution 5 mg/act* | | 4 | QL (24 EA per 28 days) |

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 13.

| Medicamento | Referencia de Marca | Nivel | Requisitos/Límites |
|---|---|---|---|
| *sumatriptan succinate oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg* | IMITREX | 2 | QL (9 EA per 28 days) |
| *sumatriptan succinate subcutaneous solution 6 mg/0.5ml* | | 4 | QL (6 ML per 28 days) |
| *sumatriptan succinate subcutaneous solution auto-injector 6 mg/0.5ml* | IMITREX STATDOSE SYSTEM | 4 | QL (6 ML per 28 days) |
| *zolmitriptan oral tablet 2.5 mg, 5 mg* | ZOMIG | 2 | QL (12 EA per 28 days) |
| *zolmitriptan oral tablet dispersible 2.5 mg, 5 mg* | | 2 | QL (12 EA per 28 days) |
| ***Alcaloides De Ergotamina*** | | | |
| *dihydroergotamine mesylate nasal solution 4 mg/ml* | | 2 | |
| MIGERGOT RECTAL SUPPOSITORY 2-100 MG | | 5 | |
| ***Antagonistas Del Receptor Del Péptido Relacionado Con El Gen De La Calcitonina (Cgrp)*** | | | |
| AIMOVIG SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 140 MG/ML | | 3 | PA; MT; QL (1 ML per 30 days); FFL |
| AIMOVIG SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 70 MG/ML | | 3 | PA; MT; QL (2 ML per 30 days); FFL |
| EMGALITY (300 MG DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 100 MG/ML | | 3 | PA; MT; QL (3 ML per 30 days); FFL |
| EMGALITY SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 120 MG/ML | | 3 | PA; MT; QL (2 ML per 30 days); FFL |
| EMGALITY SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 120 MG/ML | | 3 | PA; MT; QL (2 ML per 30 days); FFL |
| NURTEC ORAL TABLET DISPERSIBLE 75 MG | | 3 | ST; QL (16 EA per 30 days) |
| QULIPTA ORAL TABLET 10 MG, 30 MG, 60 MG | | 3 | PA; MT; QL (30 EA per 30 days) |
| UBRELVY ORAL TABLET 100 MG | | 3 | ST; QL (16 EA per 30 days) |

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 13.

| Medicamento | Referencia de Marca | Nivel | Requisitos/Límites |
|---|---|---|---|
| UBRELVY ORAL TABLET 50 MG | | 3 | ST; QL (32 EA per 30 days) |
| ***Profilácticos*** | | | |
| *divalproex sodium er oral tablet extended release 24 hour 250 mg, 500 mg* | DEPAKOTE ER | 2 | MT |
| *divalproex sodium oral capsule delayed release sprinkle 125 mg* | DEPAKOTE SPRINKLES | 2 | MT |
| *divalproex sodium oral tablet delayed release 125 mg, 250 mg, 500 mg* | DEPAKOTE | 2 | MT |
| *topiramate er oral capsule er 24 hour sprinkle 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg* | | 2 | MT |
| *topiramate oral capsule sprinkle 15 mg, 25 mg* | TOPAMAX SPRINKLE | 2 | MT |
| *topiramate oral capsule sprinkle 50 mg* | | 2 | MT |
| *topiramate oral solution 25 mg/ml* | EPRONTIA | 2 | MT |
| *topiramate oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg* | TOPAMAX | 2 | MT |
| *valproic acid oral capsule 250 mg* | | 2 | MT |
| *valproic acid oral solution 250 mg/5ml* | | 2 | MT |
| **Agentes Para El Tratamiento De Parkinson** | | | |
| ***Agentes Para El Tratamiento De Parkinson, Otros*** | | | |
| *amantadine hcl oral capsule 100 mg* | | 2 | MT |
| *amantadine hcl oral solution 50 mg/5ml* | | 2 | MT |
| *amantadine hcl oral tablet 100 mg* | | 2 | MT |
| *carbidopa-levodopa-entacapone oral tablet 12.5-50-200 mg, 18.75-75-200 mg, 25-100-200 mg, 31.25-125-200 mg, 37.5-150-200 mg, 50-200-200 mg* | | 2 | MT |
| *entacapone oral tablet 200 mg* | | 2 | MT |
| ***Antagonistas De Dopamina*** | | | |
| APOKYN SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 30 MG/3ML | | 5 | LA |
| *apomorphine hcl subcutaneous solution cartridge 30 mg/3ml* | APOKYN | 5 | |
| *bromocriptine mesylate oral capsule 5 mg* | | 2 | MT |

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 13.

| Medicamento | Referencia de Marca | Nivel | Requisitos/Límites |
|---|---|---|---|
| *bromocriptine mesylate oral tablet 2.5 mg* | | 2 | MT |
| NEUPRO TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 1 MG/24HR, 2 MG/24HR, 3 MG/24HR, 4 MG/24HR, 6 MG/24HR, 8 MG/24HR | | 4 | MT; QL (30 EA per 30 days); FFL |
| *pramipexole dihydrochloride er oral tablet extended release 24 hour 0.375 mg, 0.75 mg, 1.5 mg, 2.25 mg, 3 mg, 3.75 mg, 4.5 mg* | | 2 | MT |
| *pramipexole dihydrochloride oral tablet 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg* | | 2 | MT |
| *ropinirole hcl er oral tablet extended release 24 hour 12 mg, 2 mg, 4 mg, 6 mg, 8 mg* | | 2 | MT |
| *ropinirole hcl oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg* | | 2 | MT |
| ***Anticolinérgicos*** | | | |
| *benztropine mesylate oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg* | | 2 | MT |
| *trihexyphenidyl hcl oral solution 0.4 mg/ml* | | 2 | MT |
| *trihexyphenidyl hcl oral tablet 2 mg, 5 mg* | | 2 | MT |
| ***Inhibidores De Monoamino Oxidasa B (Mao-B)*** | | | |
| *rasagiline mesylate oral tablet 0.5 mg, 1 mg* | AZILECT | 2 | MT |
| *selegiline hcl oral capsule 5 mg* | | 2 | MT |
| *selegiline hcl oral tablet 5 mg* | | 2 | MT |
| ***Precursores De Dopamina Y / O Inhibidores De La Descarboxilasa De L-Aminoácidos*** | | | |
| *carbidopa-levodopa er oral capsule extended release 23.75-95 mg, 36.25-145 mg, 48.75-195 mg, 61.25-245 mg* | RYTARY | 2 | MT; FFL |
| *carbidopa-levodopa er oral tablet extended release 25-100 mg, 50-200 mg* | | 2 | MT |
| *carbidopa-levodopa oral tablet 10-100 mg* | SINEMET | 2 | MT |
| *carbidopa-levodopa oral tablet 25-100 mg* | | 2 | MT |

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 13.

| Medicamento | Referencia de Marca | Nivel | Requisitos/Límites |
|---|---|---|---|
| *carbidopa-levodopa oral tablet 25-250 mg* | | 2 | MT |
| *carbidopa-levodopa oral tablet dispersible 10-100 mg, 25-100 mg, 25-250 mg* | | 4 | MT |
| INBRIJA INHALATION CAPSULE 42 MG | | 5 | PA; LA |
| **Agentes Para La Enfermedad Inflamatoria Intestinal** | | | |
| ***Aminosalicilatos*** | | | |
| *balsalazide disodium oral capsule 750 mg* | | 2 | |
| DIPENTUM ORAL CAPSULE 250 MG | | 5 | |
| *mesalamine er oral capsule extended release 24 hour 0.375 gm* | APRISO | 2 | MT |
| *mesalamine oral capsule delayed release 400 mg* | | 2 | MT |
| *mesalamine oral tablet delayed release 1.2 gm* | LIALDA | 2 | MT |
| *mesalamine oral tablet delayed release 800 mg* | | 2 | |
| *mesalamine rectal enema 4 gm* | | 2 | |
| *mesalamine rectal suppository 1000 mg* | CANASA | 2 | |
| *sulfasalazine oral tablet 500 mg* | AZULFIDINE | 2 | MT |
| *sulfasalazine oral tablet delayed release 500 mg* | AZULFIDINE EN-TABS | 2 | MT |
| ***Glucocorticoides*** | | | |
| *budesonide er oral tablet extended release 24 hour 9 mg* | UCERIS | 4 | QL (30 EA per 30 days) |
| *budesonide oral capsule delayed release particles 3 mg* | | 2 | |
| *dexamethasone oral solution 0.5 mg/5ml* | | 2 | |
| *dexamethasone oral tablet 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg, 2 mg, 4 mg, 6 mg* | | 2 | |
| *hydrocortisone (perianal) external cream 2.5 %* | PROCTO-MED HC | 2 | |
| *hydrocortisone oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg* | CORTEF | 2 | |
| *hydrocortisone rectal enema 100 mg/60ml* | CORTENEMA | 2 | |

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 13.

| Medicamento | Referencia de Marca | Nivel | Requisitos/Límites |
|---|---|---|---|
| *methylprednisolone acetate injection suspension 80 mg/ml* | DEPO-MEDROL | 2 | |
| *methylprednisolone oral tablet 16 mg, 4 mg, 8 mg* | MEDROL | 2 | |
| *methylprednisolone oral tablet 32 mg* | | 2 | |
| *methylprednisolone oral tablet therapy pack 4 mg* | MEDROL | 2 | |
| *prednisolone oral solution 15 mg/5ml* | | 2 | |
| *prednisolone oral tablet 5 mg* | | 2 | |
| *prednisolone sodium phosphate oral solution 10 mg/5ml, 20 mg/5ml, 25 mg/5ml, 5 mg/5ml* | | 2 | |
| PREDNISONE INTENSOL ORAL CONCENTRATE 5 MG/ML | | 4 | |
| *prednisone oral solution 5 mg/5ml* | | 2 | |
| *prednisone oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg, 50 mg* | | 2 | |
| PROCTO-MED HC EXTERNAL CREAM 2.5 % | | 2 | |
| PROCTOSOL HC EXTERNAL CREAM 2.5 % | | 2 | |
| PROCTOZONE-HC EXTERNAL CREAM 2.5 % | | 2 | |
| *triamcinolone acetonide injection suspension 40 mg/ml* | KENALOG-40 | 2 | |
| **Agentes Parala Enfermedad Metabólica Del Hueso** | | | |
| ***Agentes Parala Enfermedad Metabólica Del Hueso*** | | | |
| *alendronate sodium oral tablet 10 mg* | | 2 | MT; QL (30 EA per 30 days) |
| *alendronate sodium oral tablet 35 mg* | | 2 | MT; QL (4 EA per 28 days) |
| *alendronate sodium oral tablet 70 mg* | FOSAMAX | 2 | MT; QL (4 EA per 28 days) |
| BILDYOS SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 60 MG/ML | | 4 | PA; QL (1 ML per 180 days) |

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 13.

| Medicamento | Referencia de Marca | Nivel | Requisitos/Límites |
|---|---|---|---|
| BILPREVDA SUBCUTANEOUS SOLUTION 120 MG/1.7ML | | 5 | PA; QL (1.7 ML per 28 days) |
| *calcitonin (salmon) nasal solution 200 unit/act* | | 2 | MT |
| *calcitriol oral capsule 0.25 mcg, 0.5 mcg* | | 2 | MT |
| *calcitriol oral solution 1 mcg/ml* | | 2 | MT |
| *cinacalcet hcl oral tablet 30 mg, 60 mg* | SENSIPAR | 2 | MT; QL (60 EA per 30 days) |
| *cinacalcet hcl oral tablet 90 mg* | SENSIPAR | 4 | MT; QL (120 EA per 30 days) |
| *ibandronate sodium oral tablet 150 mg* | | 2 | MT; QL (1 EA per 28 days) |
| *paricalcitol oral capsule 1 mcg, 2 mcg* | ZEMPLAR | 2 | MT |
| *paricalcitol oral capsule 4 mcg* | | 2 | MT |
| *risedronate sodium oral tablet 150 mg* | ACTONEL | 2 | MT; QL (1 EA per 28 days) |
| *risedronate sodium oral tablet 35 mg (12 pack)* | ACTONEL | 2 | MT; QL (12 EA per 84 days) |
| *risedronate sodium oral tablet 35 mg, 35 mg (4 pack)* | ACTONEL | 2 | MT; QL (4 EA per 28 days) |
| *risedronate sodium oral tablet delayed release 35 mg* | ATELVIA | 2 | MT; QL (4 EA per 28 days) |
| *teriparatide subcutaneous solution pen-injector 560 mcg/2.24ml* | BONSITY | 5 | PA; QL (2.48 ML per 28 days) |
| TYMLOS SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 3120 MCG/1.56ML | | 5 | PA; QL (1.56 ML per 30 days) |
| **Agentes Pulmonares/ Tracto Respiratorio** | | | |
| ***Agentes Del Tracto Respiratorio, Otros*** | | | |
| *acetylcysteine inhalation solution 10 %, 20 %* | | 2 | PA |
| ADVAIR HFA INHALATION AEROSOL 115-21 MCG/ACT, 230-21 MCG/ACT, 45-21 MCG/ACT | | 3 | MT; QL (12 GM per 30 days); FFL |
| *budesonide-formoterol fumarate inhalation aerosol 160-4.5 mcg/act, 80-4.5 mcg/act* | SYMBICORT | 2 | MT; QL (10.2 GM per 30 days) |

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 13.

| Medicamento | Referencia de Marca | Nivel | Requisitos/Límites |
|---|---|---|---|
| *fluticasone furoate ellipta inhalation aerosol powder breath activated 100 mcg/act, 200 mcg/act, 50 mcg/act* | ARNUITY ELLIPTA | 2 | MT; QL (30 EA per 30 days) |
| *fluticasone-salmeterol inhalation aerosol powder breath activated 100-50 mcg/act, 250-50 mcg/act, 500-50 mcg/act* | ADVAIR DISKUS | 2 | MT; QL (60 EA per 30 days) |
| STIOLTO RESPIMAT INHALATION AEROSOL SOLUTION 2.5-2.5 MCG/ACT | | 3 | MT; QL (4 GM per 30 days); FFL |
| SYMBICORT INHALATION AEROSOL 160-4.5 MCG/ACT, 80-4.5 MCG/ACT | | 3 | MT; QL (10.2 GM per 30 days); FFL |
| TRELEGY ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100-62.5-25 MCG/ACT, 200-62.5-25 MCG/ACT | | 3 | MT; QL (60 EA per 30 days); FFL |
| *umeclidinium-vilanterol inhalation aerosol powder breath activated 62.5-25 mcg/act* | ANORO ELLIPTA | 4 | MT; QL (60 EA per 30 days); FFL |
| ***Agentes Para Fibrosis Cística*** | | | |
| CAYSTON INHALATION SOLUTION RECONSTITUTED 75 MG | | 5 | PA; LA |
| KALYDECO ORAL PACKET 25 MG, 50 MG, 75 MG | | 5 | PA; LA; QL (60 EA per 30 days) |
| KALYDECO ORAL TABLET 150 MG | | 5 | PA; LA; QL (60 EA per 30 days) |
| ORKAMBI ORAL PACKET 100-125 MG, 150-188 MG | | 5 | PA; LA; QL (120 EA per 30 days) |
| ORKAMBI ORAL PACKET 75-94 MG | | 5 | PA; LA; QL (56 EA per 28 days) |
| ORKAMBI ORAL TABLET 100-125 MG, 200-125 MG | | 5 | PA; LA; QL (120 EA per 30 days) |
| PULMOZYME INHALATION SOLUTION 2.5 MG/2.5ML | | 5 | PA |
| TOBI PODHALER INHALATION CAPSULE 28 MG | | 5 | PA |
| *tobramycin inhalation nebulization solution 300 mg/5ml* | KITABIS PAK (W/ NEBULIZER) | 5 | PA; QL (280 ML per 28 days) |
| TRIKAFTA ORAL TABLET THERAPY PACK 100-50-75 & 150 MG, 50-25-37.5 & 75 MG | | 5 | PA; LA; QL (84 EA per 28 days) |

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 13.

| Medicamento | Referencia de Marca | Nivel | Requisitos/Límites |
|---|---|---|---|
| TRIKAFTA ORAL THERAPY PACK 100-50-75 & 75 MG, 80-40-60 & 59.5 MG | | 5 | PA; LA; QL (56 EA per 28 days) |
| ***Agentes Para Fibrosis Pulmonar*** | | | |
| *nintedanib esylate oral capsule 100 mg, 150 mg* | OFEV | 5 | PA; QL (60 EA per 30 days) |
| OFEV ORAL CAPSULE 100 MG, 150 MG | | 5 | PA; QL (60 EA per 30 days) |
| *pirfenidone oral capsule 267 mg* | | 2 | PA; MT; QL (270 EA per 30 days) |
| *pirfenidone oral tablet 267 mg* | ESBRIET | 2 | PA; MT; QL (270 EA per 30 days) |
| *pirfenidone oral tablet 534 mg* | | 5 | PA; QL (90 EA per 30 days) |
| *pirfenidone oral tablet 801 mg* | ESBRIET | 2 | PA; MT; QL (90 EA per 30 days) |
| ***Agentes Pulmonares/ Tracto Respiratorio*** | | | |
| COMBIVENT RESPIMAT INHALATION AEROSOL SOLUTION 20-100 MCG/ACT | | 3 | MT; QL (8 GM per 30 days); FFL |
| FASENRA PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 30 MG/ML | | 5 | PA; LA; QL (1 ML per 28 days) |
| FASENRA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 30 MG/ML | | 5 | PA; LA; QL (1 ML per 28 days) |
| *ipratropium-albuterol inhalation solution 0.5-2.5 (3) mg/3ml* | | 2 | PA; MT; FFL |
| NUCALA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 100 MG/ML | | 5 | PA; LA; QL (3 ML per 28 days) |
| NUCALA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 100 MG/ML | | 5 | PA; LA; QL (3 ML per 28 days) |
| NUCALA SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 100 MG | | 5 | PA; LA; QL (3 EA per 28 days) |
| ***Antihipertensivos Pulmonares*** | | | |
| ADEMPAS ORAL TABLET 0.5 MG, 1 MG, 1.5 MG, 2 MG, 2.5 MG | | 5 | PA; LA; QL (90 EA per 30 days) |

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 13.

| Medicamento | Referencia de Marca | Nivel | Requisitos/Límites |
|---|---|---|---|
| ALYQ ORAL TABLET 20 MG | | 2 | PA; MT; QL (60 EA per 30 days); FFL |
| *ambrisentan oral tablet 10 mg, 5 mg* | LETAIRIS | 4 | PA; MT; LA; QL (30 EA per 30 days) |
| *macitentan oral tablet 10 mg* | OPSUMIT | 4 | PA; MT; QL (30 EA per 30 days) |
| OPSYNVI ORAL TABLET 10-20 MG, 10-40 MG | | 5 | PA; LA; QL (30 EA per 30 days) |
| *sildenafil citrate oral suspension reconstituted 10 mg/ml* | | 5 | PA |
| *sildenafil citrate oral tablet 20 mg* | REVATIO | 2 | PA; MT; QL (90 EA per 30 days); FFL |
| *tadalafil (pah) oral tablet 20 mg* | ALYQ | 2 | PA; MT; QL (60 EA per 30 days); FFL |
| TYVASO DPI MAINTENANCE KIT INHALATION POWDER 112 X 32MCG & 112 X64MCG, 112 X 48MCG & 112 X64MCG, 112 X 48MCG & 112 X80MCG | | 5 | PA; LA; QL (224 EA per 28 days) |
| TYVASO DPI MAINTENANCE KIT INHALATION POWDER 16 MCG, 32 MCG, 48 MCG, 64 MCG, 80 MCG | | 5 | PA; LA; QL (112 EA per 28 days) |
| TYVASO DPI TITRATION KIT INHALATION POWDER 16 & 32 & 48 MCG | | 5 | PA; LA; QL (252 EA per 28 days) |
| UPTRAVI ORAL TABLET 1000 MCG, 1200 MCG, 1400 MCG, 1600 MCG, 400 MCG, 600 MCG, 800 MCG | | 5 | PA; LA; QL (60 EA per 30 days) |
| UPTRAVI ORAL TABLET 200 MCG | | 5 | PA; LA; QL (140 EA per 28 days) |
| UPTRAVI TITRATION ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 800 MCG | | 5 | PA; LA; QL (200 EA per 30 days) |
| WINREVAIR SUBCUTANEOUS KIT 2 X 45 MG, 2 X 60 MG, 45 MG, 60 MG | | 5 | PA; LA |
| ***Antihistaminas*** | | | |
| *azelastine hcl nasal solution 0.1 %* | | 2 | QL (30 ML per 25 days) |
| *cetirizine hcl oral solution 5 mg/5ml* | | 2 | |
| *cyproheptadine hcl oral syrup 2 mg/5ml* | | 2 | |
| *cyproheptadine hcl oral tablet 4 mg* | | 2 | |

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 13.

| Medicamento | Referencia de Marca | Nivel | Requisitos/Límites |
|---|---|---|---|
| *desloratadine oral tablet 5 mg* | CLARINEX | 2 | QL (30 EA per 30 days) |
| *hydroxyzine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg* | | 2 | |
| *hydroxyzine pamoate oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg* | | 2 | |
| *levocetirizine dihydrochloride oral solution 2.5 mg/5ml* | XYZAL ALLERGY 24HR | 2 | |
| *levocetirizine dihydrochloride oral tablet 5 mg* | XYZAL ALLERGY 24HR | 2 | QL (30 EA per 30 days) |
| *olopatadine hcl nasal solution 0.6 %* | | 2 | |
| *promethazine hcl oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg* | | 2 | |
| ***Antiinflamatorios, Corticoesteroides Inhalados*** | | | |
| *budesonide inhalation suspension 0.25 mg/2ml, 0.5 mg/2ml, 1 mg/2ml* | PULMICORT | 2 | PA; MT; FFL |
| *flunisolide nasal solution 25 mcg/act (0.025%)* | | 2 | QL (50 ML per 25 days) |
| *fluticasone furoate ellipta inhalation aerosol powder breath activated 100 mcg/act, 200 mcg/act, 50 mcg/act* | ARNUITY ELLIPTA | 2 | MT; QL (30 EA per 30 days) |
| *fluticasone propionate nasal suspension 50 mcg/act* | FLONASE ALLERGY REL | 2 | QL (32 GM per 30 days) |
| ***Antileucotrienos*** | | | |
| *montelukast sodium oral packet 4 mg* | SINGULAIR | 2 | MT; QL (30 EA per 30 days) |
| *montelukast sodium oral tablet 10 mg* | SINGULAIR | 2 | MT; QL (30 EA per 30 days) |
| *montelukast sodium oral tablet chewable 4 mg, 5 mg* | SINGULAIR | 2 | MT; QL (30 EA per 30 days) |
| *zafirlukast oral tablet 10 mg, 20 mg* | | 2 | MT |
| ***Broncodilatadores, Anticolinérgicos*** | | | |
| ATROVENT HFA INHALATION AEROSOL SOLUTION 17 MCG/ACT | | 3 | MT; QL (25.8 GM per 30 days); FFL |
| *ipratropium bromide inhalation solution 0.02 %* | | 2 | PA; MT; FFL |

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 13.

| Medicamento | Referencia de Marca | Nivel | Requisitos/Límites |
|---|---|---|---|
| *ipratropium bromide nasal solution 0.03 %* | | 2 | MT; QL (30 ML per 30 days) |
| *ipratropium bromide nasal solution 0.06 %* | | 2 | MT; QL (15 ML per 30 days) |
| *ipratropium-albuterol inhalation solution 0.5-2.5 (3) mg/3ml* | | 2 | PA; MT; FFL |
| SPIRIVA RESPIMAT INHALATION AEROSOL SOLUTION 1.25 MCG/ACT, 2.5 MCG/ACT | | 3 | MT; QL (4 GM per 30 days); FFL |
| *tiotropium bromide inhalation capsule 18 mcg* | SPIRIVA HANDIHALER | 2 | MT; QL (30 EA per 30 days); FFL |
| ***Broncodilatadores, Simpatomiméticos*** | | | |
| *albuterol sulfate hfa inhalation aerosol solution 108 (90 base) mcg/act (nda020503)* | VENTOLIN HFA | 2 | MT; QL (40.2 GM per 30 days) |
| *albuterol sulfate hfa inhalation aerosol solution 108 (90 base) mcg/act, 108 (90 base) mcg/act (nda020983)* | VENTOLIN HFA | 2 | MT; QL (36 GM per 30 days) |
| *albuterol sulfate inhalation nebulization solution (2.5 mg/3ml) 0.083%, 0.63 mg/3ml, 1.25 mg/3ml, 2.5 mg/0.5ml* | | 2 | PA; MT; FFL |
| *albuterol sulfate oral syrup 2 mg/5ml* | | 2 | MT |
| *albuterol sulfate oral tablet 2 mg, 4 mg* | | 2 | MT |
| BREO ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100-25 MCG/ACT, 200-25 MCG/ACT, 50-25 MCG/INH | | 3 | MT; QL (60 EA per 30 days); FFL |
| *epinephrine injection solution 0.3 mg/0.3ml* | | 2 | QL (6 EA per 30 days) |
| *epinephrine injection solution auto-injector 0.15 mg/0.15ml, 0.3 mg/0.3ml* | AUVI-Q | 2 | QL (6 EA per 30 days) |
| *epinephrine injection solution auto-injector 0.15 mg/0.3ml* | EPIPEN JR 2-PAK | 2 | QL (6 EA per 30 days) |
| *fluticasone furoate ellipta inhalation aerosol powder breath activated 100 mcg/act, 200 mcg/act, 50 mcg/act* | ARNUITY ELLIPTA | 2 | MT; QL (30 EA per 30 days) |
| *fluticasone furoate-vilanterol inhalation aerosol powder breath activated 100-25 mcg/act, 200-25 mcg/act* | BREO ELLIPTA | 3 | MT; QL (60 EA per 30 days); FFL |

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 13.

| Medicamento | Referencia de Marca | Nivel | Requisitos/Límites |
|---|---|---|---|
| *fluticasone-salmeterol inhalation aerosol powder breath activated 113-14 mcg/act, 232-14 mcg/act, 55-14 mcg/act* | | 2 | MT; QL (1 EA per 30 days) |
| *formoterol fumarate inhalation nebulization solution 20 mcg/2ml* | PERFOROMIST | 2 | PA; MT |
| *levalbuterol hcl inhalation nebulization solution 0.31 mg/3ml, 0.63 mg/3ml, 1.25 mg/0.5ml, 1.25 mg/3ml* | | 2 | PA; MT; FFL |
| *levalbuterol tartrate inhalation aerosol 45 mcg/act* | XOPENEX HFA | 2 | MT; QL (30 GM per 30 days) |
| SEREVENT DISKUS INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 50 MCG/ACT | | 3 | MT; QL (60 EA per 30 days); FFL |
| *terbutaline sulfate oral tablet 2.5 mg, 5 mg* | | 2 | MT |
| ***Estabilizadores De Mastocitos*** | | | |
| *cromolyn sodium inhalation nebulization solution 20 mg/2ml* | | 2 | PA; MT; FFL |
| *cromolyn sodium oral concentrate 100 mg/5ml* | GASTROCROM | 2 | MT; FFL |
| ***Inhibidores De Fósfodiesterasa, Enfermedad De Las Vías Respiratorias*** | | | |
| *roflumilast oral tablet 250 mcg, 500 mcg* | DALIRESP | 2 | MT |
| THEO-24 ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 100 MG, 200 MG, 300 MG, 400 MG | | 2 | MT; FFL |
| *theophylline er oral tablet extended release 12 hour 100 mg, 200 mg, 300 mg, 450 mg* | | 2 | MT; FFL |
| *theophylline er oral tablet extended release 24 hour 400 mg, 600 mg* | | 2 | MT; FFL |
| *theophylline oral solution 80 mg/15ml* | | 2 | MT; FFL |
| **Analgésicos** | | | |
| ***Analgésicos Opioides, Corta Duración*** | | | |
| *acetaminophen-codeine oral solution 120-12 mg/5ml* | | 2 | QL (2700 ML per 30 days) |

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 13.

| Medicamento | Referencia de Marca | Nivel | Requisitos/Límites |
|---|---|---|---|
| *acetaminophen-codeine oral tablet 300-15 mg* | | 2 | QL (400 EA per 30 days) |
| *acetaminophen-codeine oral tablet 300-30 mg* | | 2 | QL (360 EA per 30 days) |
| *acetaminophen-codeine oral tablet 300-60 mg* | | 2 | QL (180 EA per 30 days) |
| *fentanyl citrate (pf) injection solution 100 mcg/2ml* | | 2 | QL (4 ML per 30 days) |
| *fentanyl citrate (pf) injection solution 50 mcg/ml* | | 2 | QL (2 ML per 30 days) |
| *fentanyl transdermal patch 72 hour 100 mcg/hr, 12 mcg/hr, 25 mcg/hr, 50 mcg/hr, 75 mcg/hr* | | 2 | QL (10 EA per 30 days) |
| *hydrocodone-acetaminophen oral solution 7.5-325 mg/15ml* | | 2 | QL (5400 ML per 30 days) |
| *hydrocodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg, 7.5-325 mg* | | 2 | QL (180 EA per 30 days) |
| *hydrocodone-acetaminophen oral tablet 5-325 mg* | | 2 | QL (240 EA per 30 days) |
| *hydrocodone-ibuprofen oral tablet 7.5-200 mg* | | 2 | QL (50 EA per 10 days) |
| *hydromorphone hcl oral liquid 1 mg/ml* | DILAUDID | 2 | |
| *hydromorphone hcl oral tablet 2 mg, 4 mg* | DILAUDID | 2 | QL (180 EA per 30 days) |
| *hydromorphone hcl oral tablet 8 mg* | DILAUDID | 2 | QL (21 EA per 7 days) |
| *hydromorphone hcl pf injection solution 10 mg/ml, 50 mg/5ml* | | 2 | |
| *meperidine hcl injection solution 100 mg/ml* | | 2 | QL (360 ML per 30 days) |
| *meperidine hcl injection solution 25 mg/ml* | DEMEROL | 2 | QL (1440 ML per 30 days) |
| *meperidine hcl injection solution 50 mg/ml* | DEMEROL | 2 | QL (720 ML per 30 days) |
| *morphine sulfate (concentrate) oral solution 100 mg/5ml* | | 2 | QL (42 ML per 7 days) |
| *morphine sulfate oral solution 10 mg/5ml* | | 2 | QL (1800 ML per 30 days) |
| *morphine sulfate oral solution 20 mg/5ml* | | 2 | QL (900 ML per 30 days) |

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 13.

| Medicamento | Referencia de Marca | Nivel | Requisitos/Límites |
|---|---|---|---|
| *morphine sulfate oral tablet 15 mg, 30 mg* | | 2 | QL (180 EA per 30 days) |
| *oxycodone hcl oral capsule 5 mg* | | 2 | QL (180 EA per 30 days) |
| *oxycodone hcl oral concentrate 100 mg/5ml* | | 2 | |
| *oxycodone hcl oral solution 5 mg/5ml* | | 2 | QL (2700 ML per 30 days) |
| *oxycodone hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg* | | 2 | QL (180 EA per 30 days) |
| *oxycodone hcl oral tablet 15 mg* | ROXICODONE | 2 | QL (180 EA per 30 days) |
| *oxycodone hcl oral tablet 30 mg* | ROXICODONE | 2 | QL (14 EA per 7 days) |
| *oxycodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg* | | 2 | QL (180 EA per 30 days) |
| *oxycodone-acetaminophen oral tablet 2.5-325 mg, 5-325 mg* | | 2 | QL (360 EA per 30 days) |
| *oxycodone-acetaminophen oral tablet 7.5-325 mg* | | 2 | QL (240 EA per 30 days) |
| *tramadol hcl oral tablet 50 mg* | | 2 | QL (240 EA per 30 days) |
| *tramadol-acetaminophen oral tablet 37.5-325 mg* | | 2 | QL (56 EA per 7 days) |
| ***Analgésicos Opioides, Larga Duración*** | | | |
| *fentanyl transdermal patch 72 hour 100 mcg/hr, 12 mcg/hr, 25 mcg/hr, 50 mcg/hr, 75 mcg/hr* | | 2 | QL (10 EA per 30 days) |
| *methadone hcl oral solution 10 mg/5ml, 5 mg/5ml* | | 2 | QL (450 ML per 30 days) |
| *methadone hcl oral tablet 10 mg, 5 mg* | | 2 | QL (180 EA per 30 days) |
| *morphine sulfate (concentrate) oral solution 100 mg/5ml* | | 2 | QL (42 ML per 7 days) |
| *morphine sulfate er beads oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 30 mg, 45 mg, 60 mg, 75 mg, 90 mg* | | 2 | QL (90 EA per 30 days) |
| *morphine sulfate er oral capsule extended release 24 hour 10 mg, 100 mg, 20 mg, 50 mg, 60 mg, 80 mg* | | 2 | QL (90 EA per 30 days) |

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 13.

| Medicamento | Referencia de Marca | Nivel | Requisitos/Límites |
|---|---|---|---|
| *morphine sulfate er oral tablet extended release 100 mg, 200 mg* | | 2 | QL (90 EA per 30 days) |
| *morphine sulfate er oral tablet extended release 15 mg, 30 mg, 60 mg* | MS CONTIN | 2 | QL (90 EA per 30 days) |
| *morphine sulfate oral solution 10 mg/5ml* | | 2 | QL (1800 ML per 30 days) |
| *morphine sulfate oral tablet 15 mg* | | 2 | QL (180 EA per 30 days) |
| ***Analgésicos*** | | | |
| *butalbital-acetaminophen oral tablet 50-325 mg* | TENCON | 2 | |
| *butalbital-apap-caffeine oral capsule 50-325-40 mg* | | 4 | |
| *butalbital-apap-caffeine oral tablet 50-325-40 mg* | BAC (BUTALBITAL-ACETAMIN-CAFF) | 2 | |
| ***Antiinflamatorios No-Esteroidales*** | | | |
| *celecoxib oral capsule 100 mg, 200 mg, 50 mg* | CELEBREX | 2 | MT; QL (60 EA per 30 days) |
| *celecoxib oral capsule 400 mg* | CELEBREX | 2 | MT; QL (30 EA per 30 days) |
| *diclofenac epolamine external patch 1.3 %* | FLECTOR | 2 | |
| *diclofenac potassium oral tablet 50 mg* | | 2 | MT |
| *diclofenac sodium er oral tablet extended release 24 hour 100 mg* | | 2 | MT |
| *diclofenac sodium external solution 1.5 %* | | 2 | |
| *diclofenac sodium oral tablet delayed release 25 mg, 50 mg, 75 mg* | | 2 | MT |
| *diflunisal oral tablet 500 mg* | | 2 | MT |
| *etodolac er oral tablet extended release 24 hour 400 mg, 500 mg, 600 mg* | | 2 | MT |
| *etodolac oral capsule 200 mg, 300 mg* | | 2 | MT |
| *etodolac oral tablet 400 mg* | LODINE | 2 | MT |
| *etodolac oral tablet 500 mg* | | 2 | MT |
| *flurbiprofen oral tablet 100 mg* | LURBIRO | 2 | MT |
| IBU ORAL TABLET 600 MG, 800 MG | | 2 | MT |
| *ibuprofen oral suspension 100 mg/5ml* | | 2 | |
| *ibuprofen oral tablet 400 mg, 600 mg, 800 mg* | | 2 | MT |

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 13.

| Medicamento | Referencia de Marca | Nivel | Requisitos/Límites |
|---|---|---|---|
| *ketoprofen oral capsule 25 mg, 50 mg* | | 2 | MT |
| *ketorolac tromethamine injection solution 30 mg/ml* | | 2 | |
| *ketorolac tromethamine intramuscular solution 60 mg/2ml* | | 2 | |
| *meloxicam oral tablet 15 mg, 7.5 mg* | | 2 | MT; QL (30 EA per 30 days) |
| *nabumetone oral tablet 500 mg, 750 mg* | | 2 | MT |
| *naproxen dr oral tablet delayed release 500 mg* | | 2 | MT |
| *naproxen oral suspension 125 mg/5ml* | | 2 | MT |
| *naproxen oral tablet 250 mg, 375 mg, 500 mg* | | 2 | MT |
| *naproxen oral tablet delayed release 375 mg* | | 2 | MT |
| *naproxen sodium oral tablet 275 mg, 550 mg* | | 2 | MT |
| *oxaprozin oral tablet 600 mg* | | 2 | MT |
| *piroxicam oral capsule 10 mg, 20 mg* | | 2 | MT |
| *sulindac oral tablet 150 mg, 200 mg* | | 2 | MT |
| **Anestésicos** | | | |
| ***Anestésicos Locales*** | | | |
| GLYDO EXTERNAL GEL 2 % | | 2 | |
| GLYDO EXTERNAL PREFILLED SYRINGE 2 % | | 2 | |
| *lidocaine external ointment 5 %* | | 2 | |
| *lidocaine external patch 5 %* | LIDOCAN | 2 | QL (90 EA per 30 days) |
| *lidocaine hcl external solution 4 %* | | 2 | |
| *lidocaine hcl urethral/mucosal external gel 2 %* | | 2 | |
| *lidocaine hcl urethral/mucosal external prefilled syringe 2 %* | GLYDO | 2 | |
| *lidocaine viscous hcl mouth/throat solution 2 %* | | 2 | |
| *lidocaine-prilocaine external cream 2.5-2.5 %* | | 2 | |
| **Ansiolíticos** | | | |

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 13.

| Medicamento | Referencia de Marca | Nivel | Requisitos/Límites |
|---|---|---|---|
| ***Ansiolíticos, Otros*** | | | |
| *buspirone hcl oral tablet 10 mg, 15 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg* | | 2 | |
| *doxepin hcl oral capsule 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg* | | 2 | MT |
| *doxepin hcl oral concentrate 10 mg/ml* | | 2 | MT |
| *hydroxyzine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg* | | 2 | |
| *hydroxyzine pamoate oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg* | | 2 | |
| ***Benzodiazepinas*** | | | |
| *alprazolam oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg* | XANAX | 2 | PA |
| *clonazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg* | KLONOPIN | 2 | PA |
| *clonazepam oral tablet dispersible 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg* | | 2 | PA |
| *clorazepate dipotassium oral tablet 15 mg, 3.75 mg, 7.5 mg* | | 2 | PA |
| DIAZEPAM INTENSOL ORAL CONCENTRATE 5 MG/ML | | 2 | PA |
| *diazepam oral solution 5 mg/5ml* | | 2 | PA |
| *diazepam oral tablet 10 mg, 2 mg, 5 mg* | VALIUM | 2 | PA |
| *diazepam rectal gel 10 mg, 2.5 mg, 20 mg* | | 4 | |
| LORAZEPAM INTENSOL ORAL CONCENTRATE 2 MG/ML | | 2 | PA |
| *lorazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg* | ATIVAN | 2 | PA |
| *midazolam hcl (pf) injection solution 10 mg/2ml* | | 2 | QL (4 ML per 30 days) |
| *midazolam hcl (pf) injection solution 2 mg/2ml* | | 2 | QL (20 ML per 30 days) |
| *midazolam hcl (pf) injection solution 5 mg/5ml* | | 2 | QL (10 ML per 30 days) |
| *midazolam hcl (pf) injection solution 5 mg/ml* | | 2 | QL (2 ML per 30 days) |
| *midazolam hcl injection solution 10 mg/2ml* | | 2 | QL (4 ML per 30 days) |
| *midazolam hcl injection solution 2 mg/2ml* | | 2 | QL (20 ML per 30 days) |

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 13.

| Medicamento | Referencia de Marca | Nivel | Requisitos/Límites |
|---|---|---|---|
| *midazolam hcl injection solution 5 mg/5ml* | | 2 | QL (10 ML per 30 days) |
| *midazolam hcl injection solution 5 mg/ml* | | 2 | QL (5 ML per 30 days) |
| NAYZILAM NASAL SOLUTION 5 MG/0.1ML | | 4 | PA |
| VALTOCO 10 MG DOSE NASAL LIQUID 10 MG/0.1ML | | 4 | PA |
| VALTOCO 15 MG DOSE NASAL LIQUID THERAPY PACK 2 X 7.5 MG/0.1ML | | 4 | PA |
| VALTOCO 20 MG DOSE NASAL LIQUID THERAPY PACK 2 X 10 MG/0.1ML | | 4 | PA |
| VALTOCO 5 MG DOSE NASAL LIQUID 5 MG/0.1ML | | 4 | PA |
| ***Ssris/Snris (Inhibidores Selectivos De La Recaptación De Serotonina / Inhibidores De La Recaptación De Serotonina Y Norepinefrina)*** | | | |
| DRIZALMA SPRINKLE ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE SPRINKLE 20 MG, 30 MG, 40 MG, 60 MG | | 4 | PA; MT; QL (60 EA per 30 days) |
| *duloxetine hcl oral capsule delayed release particles 20 mg, 30 mg, 40 mg, 60 mg* | | 2 | MT |
| *escitalopram oxalate oral capsule 15 mg* | | 3 | MT; QL (30 EA per 30 days) |
| *escitalopram oxalate oral solution 5 mg/5ml* | | 2 | MT; QL (600 ML per 30 days) |
| *escitalopram oxalate oral tablet 10 mg* | LEXAPRO | 2 | MT; QL (60 EA per 30 days) |
| *escitalopram oxalate oral tablet 20 mg* | LEXAPRO | 2 | MT; QL (30 EA per 30 days) |
| *escitalopram oxalate oral tablet 5 mg* | LEXAPRO | 2 | MT; QL (120 EA per 30 days) |
| *paroxetine hcl er oral tablet extended release 24 hour 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg* | PAXIL CR | 2 | ST; MT |
| *paroxetine hcl oral suspension 10 mg/5ml* | | 2 | ST; MT |

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 13.

| Medicamento | Referencia de Marca | Nivel | Requisitos/Límites |
|---|---|---|---|
| *paroxetine hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg* | PAXIL | 2 | ST; MT |
| *sertraline hcl oral capsule 150 mg, 200 mg* | | 2 | MT |
| *sertraline hcl oral concentrate 20 mg/ml* | ZOLOFT | 2 | MT |
| *sertraline hcl oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg* | ZOLOFT | 2 | MT |
| *venlafaxine besylate er oral tablet extended release 24 hour 112.5 mg* | | 3 | MT; QL (60 EA per 30 days) |
| *venlafaxine hcl er oral capsule extended release 24 hour 150 mg, 37.5 mg, 75 mg* | EFFEXOR XR | 2 | MT; QL (30 EA per 30 days) |
| *venlafaxine hcl oral tablet 100 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg, 75 mg* | | 2 | MT |
| **Antibacteriales** | | | |
| ***Aminoglicósidos*** | | | |
| *amikacin sulfate injection solution 500 mg/2ml* | | 2 | |
| ARIKAYCE INHALATION SUSPENSION 590 MG/8.4ML | | 5 | PA; LA |
| *gentamicin in saline intravenous solution 0.8-0.9 mg/ml-%, 1-0.9 mg/ml-%, 1.2-0.9 mg/ml-%, 1.6-0.9 mg/ml-%* | | 2 | |
| *gentamicin sulfate external cream 0.1 %* | | 2 | |
| *gentamicin sulfate external ointment 0.1 %* | | 2 | |
| *gentamicin sulfate injection solution 40 mg/ml* | | 2 | |
| *neomycin sulfate oral tablet 500 mg* | | 2 | |
| *streptomycin sulfate intramuscular solution reconstituted 1 gm* | | 5 | |
| *tobramycin sulfate injection solution 10 mg/ml, 80 mg/2ml* | | 2 | PA |
| ***Antibacteriales, Otros*** | | | |
| *aztreonam injection solution reconstituted 1 gm* | | 2 | |
| *clindamycin hcl oral capsule 150 mg, 300 mg, 75 mg* | CLEOCIN | 2 | |
| *clindamycin palmitate hcl oral solution reconstituted 75 mg/5ml* | CLEOCIN | 2 | |

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 13.

| Medicamento | Referencia de Marca | Nivel | Requisitos/Límites |
|---|---|---|---|
| *clindamycin phosphate in d5w intravenous solution 300 mg/50ml, 600 mg/50ml, 900 mg/50ml* | | 2 | |
| *clindamycin phosphate injection solution 900 mg/6ml* | CLEOCIN PHOSPHATE | 2 | |
| *clindamycin phosphate vaginal cream 2 %* | CLEOCIN | 2 | |
| *colistimethate sodium (cba) injection solution reconstituted 150 mg* | COLY-MYCIN M | 2 | PA |
| *daptomycin intravenous solution reconstituted 350 mg, 500 mg* | | 4 | |
| *fosfomycin tromethamine oral packet 3 gm* | | 4 | |
| *linezolid intravenous solution 600 mg/300ml* | ZYVOX | 2 | PA |
| *linezolid oral suspension reconstituted 100 mg/5ml* | | 5 | PA |
| *linezolid oral tablet 600 mg* | | 2 | PA |
| *methenamine hippurate oral tablet 1 gm* | | 2 | |
| *metronidazole external cream 0.75 %* | | 2 | |
| *metronidazole external gel 0.75 %, 1 %* | | 2 | |
| *metronidazole external lotion 0.75 %* | | 2 | |
| *metronidazole intravenous solution 500 mg/100ml* | | 2 | |
| *metronidazole oral tablet 250 mg, 500 mg* | | 2 | |
| *metronidazole vaginal gel 0.75 %* | VANDAZOLE | 2 | |
| *nitrofurantoin macrocrystal oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg* | | 2 | |
| *nitrofurantoin monohyd macro oral capsule 100 mg* | MACROBID | 2 | |
| *polymyxin b sulfate injection solution reconstituted 500000 unit* | | 2 | PA |
| *tigecycline intravenous solution reconstituted 50 mg* | TYGACIL | 4 | PA |
| *tinidazole oral tablet 250 mg, 500 mg* | | 2 | |
| *trimethoprim oral tablet 100 mg* | | 2 | |
| *vancomycin hcl intravenous solution reconstituted 1 gm, 10 gm, 500 mg, 750 mg* | | 4 | |
| *vancomycin hcl oral capsule 125 mg, 250 mg* | VANCOCIN | 2 | |

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 13.

| Medicamento | Referencia de Marca | Nivel | Requisitos/Límites |
|---|---|---|---|
| VANDAZOLE VAGINAL GEL 0.75 % | | 2 | |
| XIFAXAN ORAL TABLET 200 MG | | 3 | PA |
| XIFAXAN ORAL TABLET 550 MG | | 3 | PA; MT |
| ***Betalactámico, Cefalosporinas*** | | | |
| *cefaclor er oral tablet extended release 12 hour 500 mg* | | 2 | |
| *cefaclor oral capsule 250 mg, 500 mg* | | 2 | |
| *cefaclor oral suspension reconstituted 250 mg/5ml* | | 2 | |
| *cefadroxil oral capsule 500 mg* | | 2 | |
| *cefadroxil oral suspension reconstituted 250 mg/5ml, 500 mg/5ml* | | 2 | |
| *cefadroxil oral tablet 1 gm* | | 2 | |
| *cefazolin sodium injection solution reconstituted 1 gm, 10 gm, 500 mg* | | 2 | |
| *cefdinir oral capsule 300 mg* | | 2 | |
| *cefdinir oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml* | | 2 | |
| *cefepime hcl injection solution reconstituted 1 gm* | | 2 | |
| *cefepime hcl intravenous solution reconstituted 2 gm* | | 2 | |
| *cefixime oral capsule 400 mg* | | 2 | |
| *cefixime oral suspension reconstituted 100 mg/5ml, 200 mg/5ml* | | 2 | |
| *cefoxitin sodium intravenous solution reconstituted 1 gm, 10 gm, 2 gm* | | 2 | PA |
| *cefpodoxime proxetil oral suspension reconstituted 100 mg/5ml, 50 mg/5ml* | | 2 | |
| *cefpodoxime proxetil oral tablet 100 mg, 200 mg* | | 2 | |
| *cefprozil oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml* | | 2 | |
| *cefprozil oral tablet 250 mg, 500 mg* | | 2 | |
| *ceftaroline fosamil intravenous solution reconstituted 400 mg, 600 mg* | TEFLARO | 5 | |
| *ceftazidime injection solution reconstituted 1 gm* | TAZICEF | 2 | |

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 13.

| Medicamento | Referencia de Marca | Nivel | Requisitos/Límites |
|---|---|---|---|
| *ceftazidime injection solution reconstituted 6 gm* | | 2 | |
| *ceftazidime intravenous solution reconstituted 2 gm* | TAZICEF | 2 | |
| *ceftriaxone sodium injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm, 250 mg, 500 mg* | | 2 | |
| *ceftriaxone sodium intravenous solution reconstituted 10 gm* | | 2 | |
| *cefuroxime axetil oral tablet 250 mg, 500 mg* | | 2 | |
| *cefuroxime sodium injection solution reconstituted 750 mg* | | 2 | PA |
| *cefuroxime sodium intravenous solution reconstituted 1.5 gm* | | 2 | PA |
| *cephalexin oral capsule 250 mg, 500 mg* | | 2 | |
| *cephalexin oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml* | | 2 | |
| ***Betalactámico, Penicilinas*** | | | |
| *amoxicillin oral capsule 250 mg, 500 mg* | | 2 | |
| *amoxicillin oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 200 mg/5ml, 250 mg/5ml, 400 mg/5ml* | | 2 | |
| *amoxicillin oral tablet 500 mg, 875 mg* | | 2 | |
| *amoxicillin oral tablet chewable 125 mg, 250 mg* | | 2 | |
| *amoxicillin-pot clavulanate er oral tablet extended release 12 hour 1000-62.5 mg* | | 2 | |
| *amoxicillin-pot clavulanate oral suspension reconstituted 200-28.5 mg/5ml, 400-57 mg/5ml* | | 2 | |
| *amoxicillin-pot clavulanate oral suspension reconstituted 250-62.5 mg/5ml* | | 4 | |
| *amoxicillin-pot clavulanate oral suspension reconstituted 600-42.9 mg/5ml* | AUGMENTIN ES-600 | 2 | |
| *amoxicillin-pot clavulanate oral tablet 250-125 mg, 500-125 mg, 875-125 mg* | | 2 | |
| *ampicillin oral capsule 500 mg* | | 2 | |
| *ampicillin sodium injection solution reconstituted 1 gm* | | 4 | PA |

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 13.

| Medicamento | Referencia de Marca | Nivel | Requisitos/Límites |
|---|---|---|---|
| *ampicillin sodium intravenous solution reconstituted 10 gm* | | 4 | PA |
| *ampicillin-sulbactam sodium injection solution reconstituted 1.5 (1-0.5) gm, 3 (2-1) gm* | UNASYN | 4 | |
| *ampicillin-sulbactam sodium intravenous solution reconstituted 15 (10-5) gm* | UNASYN | 4 | |
| BICILLIN L-A INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 1200000 UNIT/2ML, 2400000 UNIT/4ML, 600000 UNIT/ML | | 4 | |
| *dicloxacillin sodium oral capsule 250 mg, 500 mg* | | 2 | |
| *nafcillin sodium injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm* | | 4 | PA |
| *nafcillin sodium intravenous solution reconstituted 10 gm* | | 5 | PA |
| *oxacillin sodium injection solution reconstituted 1 gm* | | 2 | |
| *oxacillin sodium intravenous solution reconstituted 10 gm* | | 2 | |
| *penicillin g pot in dextrose intravenous solution 40000 unit/ml, 60000 unit/ml* | | 2 | |
| *penicillin g potassium injection solution reconstituted 20000000 unit* | PFIZERPEN | 4 | |
| *penicillin g sodium injection solution reconstituted 5000000 unit* | | 2 | |
| *penicillin v potassium oral solution reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml* | | 2 | |
| *penicillin v potassium oral tablet 250 mg, 500 mg* | | 2 | |
| *piperacillin sod-tazobactam so intravenous solution reconstituted 2.25 (2-0.25) gm, 3.375 (3-0.375) gm, 4.5 (4-0.5) gm* | | 4 | |
| ***Carbapenémicos*** | | | |
| *ertapenem sodium injection solution reconstituted 1 gm* | | 4 | |
| *imipenem-cilastatin intravenous solution reconstituted 250 mg* | | 2 | |

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 13.

| Medicamento | Referencia de Marca | Nivel | Requisitos/Límites |
|---|---|---|---|
| *imipenem-cilastatin intravenous solution reconstituted 500 mg* | PRIMAXIN IV | 2 | |
| *meropenem intravenous solution reconstituted 1 gm, 500 mg* | | 2 | |
| ***Macrólidos*** | | | |
| *azithromycin intravenous solution reconstituted 500 mg* | | 4 | |
| *azithromycin oral suspension reconstituted 100 mg/5ml* | | 2 | |
| *azithromycin oral suspension reconstituted 200 mg/5ml* | ZITHROMAX | 2 | |
| *azithromycin oral tablet 250 mg, 250 mg (6 pack), 500 mg, 500 mg (3 pack)* | ZITHROMAX | 2 | |
| *azithromycin oral tablet 600 mg* | | 2 | |
| *clarithromycin er oral tablet extended release 24 hour 500 mg* | | 2 | |
| *clarithromycin oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml* | | 2 | |
| *clarithromycin oral tablet 250 mg, 500 mg* | | 2 | |
| DIFICID ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED 40 MG/ML | | 5 | ST |
| E.E.S. 400 ORAL TABLET 400 MG | | 2 | |
| ERYTHROCIN LACTOBIONATE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 500 MG | | 4 | |
| *erythromycin base oral capsule delayed release particles 250 mg* | | 2 | |
| *erythromycin base oral tablet 250 mg, 500 mg* | | 2 | |
| *erythromycin ethylsuccinate oral suspension reconstituted 200 mg/5ml* | E.E.S. GRANULES | 4 | |
| *erythromycin oral tablet delayed release 250 mg, 333 mg, 500 mg* | ERY-TAB | 2 | |
| *fidaxomicin oral tablet 200 mg* | DIFICID | 5 | ST |
| ***Quinolonas*** | | | |
| BAXDELA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 300 MG | | 5 | PA; QL (28 EA per 14 days) |
| BAXDELA ORAL TABLET 450 MG | | 5 | PA; QL (28 EA per 14 days) |

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 13.

| Medicamento | Referencia de Marca | Nivel | Requisitos/Límites |
|---|---|---|---|
| *ciprofloxacin hcl oral tablet 250 mg, 500 mg* | CIPRO | 2 | |
| *ciprofloxacin hcl oral tablet 750 mg* | | 2 | |
| *ciprofloxacin in d5w intravenous solution 200 mg/100ml* | | 2 | |
| *levofloxacin in d5w intravenous solution 500 mg/100ml, 750 mg/150ml* | | 2 | |
| *levofloxacin oral solution 25 mg/ml* | | 4 | |
| *levofloxacin oral tablet 250 mg, 500 mg, 750 mg* | | 2 | |
| *moxifloxacin hcl in nacl intravenous solution 400 mg/250ml* | | 4 | PA |
| *moxifloxacin hcl oral tablet 400 mg* | | 2 | |
| ***Sulfonamidas*** | | | |
| *sulfadiazine oral tablet 500 mg* | | 4 | |
| *sulfamethoxazole-trimethoprim oral suspension 200-40 mg/5ml* | SULFATRIM | 2 | |
| *sulfamethoxazole-trimethoprim oral tablet 400-80 mg* | BACTRIM | 2 | |
| *sulfamethoxazole-trimethoprim oral tablet 800-160 mg* | BACTRIM DS | 2 | |
| ***Tetraciclinas*** | | | |
| DOXY 100 INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 100 MG | | 4 | |
| *doxycycline hyclate intravenous solution reconstituted 100 mg* | DOXY 100 | 2 | |
| *doxycycline hyclate oral capsule 100 mg, 50 mg* | | 2 | |
| *doxycycline hyclate oral tablet 100 mg, 150 mg, 20 mg, 75 mg* | | 2 | |
| *doxycycline monohydrate oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg, 75 mg* | | 2 | |
| *minocycline hcl oral capsule 100 mg, 50 mg, 75 mg* | | 2 | |
| *minocycline hcl oral tablet 100 mg, 50 mg, 75 mg* | | 2 | |
| NUZYRA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 100 MG | | 5 | PA |

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 13.

| Medicamento | Referencia de Marca | Nivel | Requisitos/Límites |
|---|---|---|---|
| NUZYRA ORAL TABLET 150 MG | | 5 | PA; QL (30 EA per 14 days) |
| *tetracycline hcl oral capsule 250 mg, 500 mg* | | 4 | |
| **Anticonvulsivos** | | | |
| ***Agentes De Canales De Sodio*** | | | |
| *carbamazepine er oral tablet extended release 12 hour 200 mg, 400 mg* | TEGRETOL-XR | 2 | MT |
| DILANTIN INFATABS ORAL TABLET CHEWABLE 50 MG | | 4 | MT |
| DILANTIN ORAL CAPSULE 100 MG, 30 MG | | 4 | MT |
| DILANTIN-125 ORAL SUSPENSION 125 MG/5ML | | 4 | MT |
| *eslicarbazepine acetate oral tablet 200 mg, 400 mg* | APTIOM | 4 | PA; MT; QL (30 EA per 30 days) |
| *eslicarbazepine acetate oral tablet 600 mg, 800 mg* | APTIOM | 4 | PA; MT; QL (60 EA per 30 days) |
| *lacosamide oral solution 10 mg/ml* | VIMPAT | 2 | MT |
| *lacosamide oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 50 mg* | VIMPAT | 2 | MT; QL (60 EA per 30 days) |
| *oxcarbazepine er oral tablet extended release 24 hour 150 mg, 300 mg, 600 mg* | OXTELLAR XR | 2 | MT |
| *oxcarbazepine oral suspension 300 mg/5ml* | TRILEPTAL | 2 | MT |
| *oxcarbazepine oral tablet 150 mg, 300 mg, 600 mg* | TRILEPTAL | 2 | MT |
| PHENYTEK ORAL CAPSULE 200 MG, 300 MG | | 4 | MT |
| *phenytoin oral suspension 125 mg/5ml* | DILANTIN-125 | 2 | MT |
| *phenytoin oral tablet chewable 50 mg* | DILANTIN INFATABS | 2 | MT |
| *phenytoin sodium extended oral capsule 100 mg* | DILANTIN | 2 | MT |
| *rufinamide oral suspension 40 mg/ml* | BANZEL | 5 | PA |
| *rufinamide oral tablet 200 mg* | BANZEL | 2 | PA; MT |
| *rufinamide oral tablet 400 mg* | BANZEL | 4 | PA; MT |
| ZONISADE ORAL SUSPENSION 100 MG/5ML | | 5 | QL (600 ML per 30 days) |

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 13.

| Medicamento | Referencia de Marca | Nivel | Requisitos/Límites |
|---|---|---|---|
| *zonisamide oral capsule 100 mg, 25 mg* | ZONEGRAN | 2 | MT |
| *zonisamide oral capsule 50 mg* | | 2 | MT |
| ***Agentes Modificadores De Canales De Calcio*** | | | |
| *ethosuximide oral capsule 250 mg* | ZARONTIN | 2 | MT |
| *ethosuximide oral solution 250 mg/5ml* | ZARONTIN | 2 | MT |
| *methsuximide oral capsule 300 mg* | CELONTIN | 2 | MT |
| ***Agentes Moduladores Del Ácido Gamma-Aminobutirico (Gaba)*** | | | |
| *clobazam oral suspension 2.5 mg/ml* | ONFI | 2 | MT; FFL |
| *clobazam oral tablet 10 mg, 20 mg* | ONFI | 2 | MT; FFL |
| *clonazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg* | KLONOPIN | 2 | PA |
| *clonazepam oral tablet dispersible 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg* | | 2 | PA |
| DIAZEPAM INTENSOL ORAL CONCENTRATE 5 MG/ML | | 2 | PA |
| *diazepam oral solution 5 mg/5ml* | | 2 | PA |
| *diazepam oral tablet 10 mg, 2 mg, 5 mg* | VALIUM | 2 | PA |
| *diazepam rectal gel 10 mg, 2.5 mg, 20 mg* | | 4 | |
| *gabapentin oral capsule 100 mg, 300 mg, 400 mg* | NEURONTIN | 2 | MT; FFL |
| *gabapentin oral solution 250 mg/5ml* | NEURONTIN | 2 | MT; FFL |
| *gabapentin oral tablet 600 mg, 800 mg* | NEURONTIN | 2 | MT; FFL |
| LORAZEPAM INTENSOL ORAL CONCENTRATE 2 MG/ML | | 2 | PA |
| *lorazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg* | ATIVAN | 2 | PA |
| NAYZILAM NASAL SOLUTION 5 MG/0.1ML | | 4 | PA |
| *phenobarbital oral elixir 20 mg/5ml* | | 2 | MT |
| *phenobarbital oral tablet 100 mg, 15 mg, 16.2 mg, 30 mg, 32.4 mg, 60 mg, 64.8 mg, 97.2 mg* | | 2 | MT |
| *primidone oral tablet 125 mg* | | 2 | MT |
| *primidone oral tablet 250 mg, 50 mg* | MYSOLINE | 2 | MT |
| SYMPAZAN ORAL FILM 10 MG, 20 MG | | 5 | QL (60 EA per 30 days) |

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 13.

| Medicamento | Referencia de Marca | Nivel | Requisitos/Límites |
|---|---|---|---|
| SYMPAZAN ORAL FILM 5 MG | | 4 | MT; QL (60 EA per 30 days); FFL |
| *tiagabine hcl oral tablet 12 mg, 16 mg, 2 mg, 4 mg* | | 2 | MT |
| VALTOCO 10 MG DOSE NASAL LIQUID 10 MG/0.1ML | | 4 | PA |
| VALTOCO 15 MG DOSE NASAL LIQUID THERAPY PACK 2 X 7.5 MG/0.1ML | | 4 | PA |
| VALTOCO 20 MG DOSE NASAL LIQUID THERAPY PACK 2 X 10 MG/0.1ML | | 4 | PA |
| VALTOCO 5 MG DOSE NASAL LIQUID 5 MG/0.1ML | | 4 | PA |
| *vigabatrin oral packet 500 mg* | SABRIL | 5 | PA; LA |
| *vigabatrin oral tablet 500 mg* | SABRIL | 5 | PA; LA |
| VIGAFYDE ORAL SOLUTION 100 MG/ML | | 5 | PA; LA |
| ZTALMY ORAL SUSPENSION 50 MG/ML | | 5 | PA; LA |
| ***Anticonvulsivos, Otros*** | | | |
| *brivaracetam oral solution 10 mg/ml* | BRIVIACT | 5 | PA; QL (600 ML per 30 days) |
| *brivaracetam oral tablet 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg* | BRIVIACT | 5 | PA; QL (60 EA per 30 days) |
| DIACOMIT ORAL CAPSULE 250 MG, 500 MG | | 5 | PA; LA |
| DIACOMIT ORAL PACKET 250 MG, 500 MG | | 5 | PA; LA |
| *divalproex sodium er oral tablet extended release 24 hour 250 mg, 500 mg* | DEPAKOTE ER | 2 | MT |
| *divalproex sodium oral capsule delayed release sprinkle 125 mg* | DEPAKOTE SPRINKLES | 2 | MT |
| *divalproex sodium oral tablet delayed release 125 mg, 250 mg, 500 mg* | DEPAKOTE | 2 | MT |
| EPIDIOLEX ORAL SOLUTION 100 MG/ML | | 5 | PA; LA; QL (600 ML per 30 days) |
| *felbamate oral suspension 600 mg/5ml* | | 2 | MT |
| *felbamate oral tablet 400 mg, 600 mg* | FELBATOL | 2 | MT |

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 13.

| Medicamento | Referencia de Marca | Nivel | Requisitos/Límites |
|---|---|---|---|
| FINTEPLA ORAL SOLUTION 2.2 MG/ML | | 5 | PA; LA; QL (360 ML per 30 days) |
| *lamotrigine er oral tablet extended release 24 hour 100 mg, 200 mg, 25 mg, 250 mg, 300 mg, 50 mg* | LAMICTAL XR | 2 | MT |
| *lamotrigine oral kit 21 x 25 mg & 7 x 50 mg, 25 & 50 & 100 mg, 42 x 50 mg & 14x100 mg* | LAMICTAL ODT | 2 | |
| *lamotrigine oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg* | SUBVENITE | 2 | MT |
| *lamotrigine oral tablet chewable 25 mg, 5 mg* | LAMICTAL | 2 | MT |
| *lamotrigine oral tablet dispersible 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg* | LAMICTAL ODT | 2 | MT |
| *lamotrigine starter kit-blue oral kit 35 x 25 mg* | SUBVENITE STARTER KIT-BLUE | 2 | |
| *lamotrigine starter kit-green oral kit 84 x 25 mg & 14x100 mg* | SUBVENITE STARTER KIT-GREEN | 2 | |
| *lamotrigine starter kit-orange oral kit 42 x 25 mg & 7 x 100 mg* | SUBVENITE STARTER KIT-ORANGE | 2 | |
| *levetiracetam er oral tablet extended release 24 hour 500 mg, 750 mg* | KEPPRA XR | 2 | MT |
| *levetiracetam oral solution 100 mg/ml* | KEPPRA | 2 | MT |
| *levetiracetam oral tablet 1000 mg, 250 mg, 750 mg* | KEPPRA | 2 | MT |
| *levetiracetam oral tablet 500 mg* | | 2 | MT |
| *levetiracetam oral tablet disintegrating soluble 250 mg, 500 mg* | SPRITAM | 2 | MT |
| *perampanel oral suspension 0.5 mg/ml* | FYCOMPA | 5 | PA |
| *perampanel oral tablet 10 mg, 12 mg, 4 mg, 6 mg, 8 mg* | FYCOMPA | 4 | PA; MT |
| *perampanel oral tablet 2 mg* | FYCOMPA | 2 | PA; MT |
| ROWEEPRA ORAL TABLET 500 MG | | 2 | MT |
| SUBVENITE ORAL SUSPENSION 10 MG/ML | | 4 | MT |
| SUBVENITE ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG, 25 MG | | 2 | MT |
| SUBVENITE STARTER KIT-BLUE ORAL KIT 35 X 25 MG | | 2 | |

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 13.

| Medicamento | Referencia de Marca | Nivel | Requisitos/Límites |
|---|---|---|---|
| SUBVENITE STARTER KIT-GREEN ORAL KIT 84 X 25 MG & 14X100 MG | | 2 | |
| SUBVENITE STARTER KIT-ORANGE ORAL KIT 42 X 25 MG & 7 X 100 MG | | 2 | |
| *topiramate er oral capsule er 24 hour sprinkle 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg* | | 2 | MT |
| *topiramate oral capsule sprinkle 15 mg, 25 mg* | TOPAMAX SPRINKLE | 2 | MT |
| *topiramate oral capsule sprinkle 50 mg* | | 2 | MT |
| *topiramate oral solution 25 mg/ml* | EPRONTIA | 2 | MT |
| *topiramate oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg* | TOPAMAX | 2 | MT |
| *valproic acid oral capsule 250 mg* | | 2 | MT |
| *valproic acid oral solution 250 mg/5ml* | | 2 | MT |
| XCOPRI (250 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 100 & 150 MG | | 5 | PA; QL (56 EA per 28 days) |
| XCOPRI (350 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 150 & 200 MG | | 5 | PA; QL (56 EA per 28 days) |
| XCOPRI ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG | | 5 | PA; QL (60 EA per 30 days) |
| XCOPRI ORAL TABLET 25 MG | | 5 | PA; QL (30 EA per 30 days) |
| XCOPRI ORAL TABLET 50 MG | | 5 | PA; QL (90 EA per 30 days) |
| XCOPRI ORAL TABLET THERAPY PACK 14 X 12.5 MG & 14 X 25 MG | | 4 | PA; QL (28 EA per 28 days) |
| XCOPRI ORAL TABLET THERAPY PACK 14 X 150 MG & 14 X200 MG, 14 X 50 MG & 14 X100 MG | | 5 | PA; QL (28 EA per 28 days) |
| **Antidepresivos** | | | |
| ***Antidepresivos, Otros*** | | | |
| ABILIFY ASIMTUFII INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 720 MG/2.4ML | | 5 | ST; QL (2.4 ML per 42 days) |
| ABILIFY ASIMTUFII INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 960 MG/3.2ML | | 5 | ST; QL (3.2 ML per 42 days) |

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 13.

| Medicamento | Referencia de Marca | Nivel | Requisitos/Límites |
|---|---|---|---|
| ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 300 MG, 400 MG | | 5 | ST; QL (1 EA per 28 days) |
| ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED ER 300 MG, 400 MG | | 5 | ST; QL (1 EA per 28 days) |
| *aripiprazole oral solution 1 mg/ml* | | 2 | MT |
| *aripiprazole oral tablet 10 mg, 15 mg, 2 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg* | ABILIFY | 2 | MT |
| *aripiprazole oral tablet dispersible 10 mg, 15 mg* | | 4 | MT |
| AUVELITY ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 45-105 MG | | 5 | ST; QL (60 EA per 30 days) |
| *bupropion hcl er (sr) oral tablet extended release 12 hour 100 mg, 150 mg, 200 mg* | WELLBUTRIN SR | 2 | MT |
| *bupropion hcl er (xl) oral tablet extended release 24 hour 150 mg, 300 mg* | WELLBUTRIN XL | 2 | MT |
| *bupropion hcl er (xl) oral tablet extended release 24 hour 450 mg* | | 2 | MT |
| *bupropion hcl oral tablet 100 mg, 75 mg* | | 2 | MT |
| EXXUA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 18.2 MG, 36.3 MG, 54.5 MG, 72.6 MG | | 5 | ST; QL (30 EA per 30 days) |
| EXXUA TITRATION PACK ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 18.2 MG | | 5 | ST; QL (32 EA per 14 days) |
| *mirtazapine oral tablet 15 mg, 30 mg* | REMERON | 2 | MT |
| *mirtazapine oral tablet 45 mg, 7.5 mg* | | 2 | MT |
| *mirtazapine oral tablet dispersible 15 mg, 30 mg, 45 mg* | REMERON SOLTAB | 2 | MT |
| *olanzapine-fluoxetine hcl oral capsule 12-25 mg, 12-50 mg, 3-25 mg, 6-25 mg, 6-50 mg* | | 2 | MT |
| OPIPZA ORAL FILM 10 MG | | 5 | ST; QL (90 EA per 30 days) |
| OPIPZA ORAL FILM 2 MG | | 5 | ST |
| OPIPZA ORAL FILM 5 MG | | 5 | ST; QL (180 EA per 30 days) |

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 13.

| Medicamento | Referencia de Marca | Nivel | Requisitos/Límites |
|---|---|---|---|
| *perphenazine-amitriptyline oral tablet 2-10 mg, 2-25 mg, 4-10 mg, 4-25 mg, 4-50 mg* | | 2 | MT |
| *quetiapine fumarate er oral tablet extended release 24 hour 150 mg, 200 mg* | SEROQUEL XR | 2 | MT; QL (30 EA per 30 days) |
| *quetiapine fumarate er oral tablet extended release 24 hour 300 mg, 400 mg, 50 mg* | SEROQUEL XR | 2 | MT; QL (60 EA per 30 days) |
| *quetiapine fumarate oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 300 mg, 400 mg, 50 mg* | SEROQUEL | 2 | MT |
| *quetiapine fumarate oral tablet 150 mg* | | 2 | MT |
| ZURZUVAE ORAL CAPSULE 20 MG, 25 MG | | 5 | PA; QL (28 EA per 14 days) |
| ZURZUVAE ORAL CAPSULE 30 MG | | 5 | PA; QL (14 EA per 14 days) |
| ***Inhibidores De Monoamino Oxidasa*** | | | |
| EMSAM TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 12 MG/24HR, 6 MG/24HR, 9 MG/24HR | | 5 | QL (30 EA per 30 days) |
| MARPLAN ORAL TABLET 10 MG | | 4 | MT |
| *phenelzine sulfate oral tablet 15 mg* | NARDIL | 2 | MT |
| *tranylcypromine sulfate oral tablet 10 mg* | PARNATE | 2 | MT |
| ***Ssris/Snris (Inhibidores Selectivos De La Recaptación De Serotonina / Inhibidores De La Recaptación De Serotonina Y Norepinefrina)*** | | | |
| *citalopram hydrobromide oral capsule 30 mg* | | 3 | MT |
| *citalopram hydrobromide oral solution 10 mg/5ml* | | 2 | MT |
| *citalopram hydrobromide oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg* | CELEXA | 2 | MT |
| *desvenlafaxine er oral tablet extended release 24 hour 100 mg, 50 mg* | | 2 | MT; QL (30 EA per 30 days) |
| *desvenlafaxine succinate er oral tablet extended release 24 hour 100 mg, 25 mg, 50 mg* | PRISTIQ | 2 | MT; QL (30 EA per 30 days) |

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 13.

| Medicamento | Referencia de Marca | Nivel | Requisitos/Límites |
|---|---|---|---|
| DRIZALMA SPRINKLE ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE SPRINKLE 20 MG, 30 MG, 40 MG, 60 MG | | 4 | PA; MT; QL (60 EA per 30 days) |
| *duloxetine hcl oral capsule delayed release particles 120 mg, 80 mg, 90 mg* | | 4 | PA; MT; QL (30 EA per 30 days) |
| *duloxetine hcl oral capsule delayed release particles 20 mg, 30 mg, 40 mg, 60 mg* | | 2 | MT |
| *escitalopram oxalate oral capsule 15 mg* | | 3 | MT; QL (30 EA per 30 days) |
| *escitalopram oxalate oral solution 5 mg/5ml* | | 2 | MT; QL (600 ML per 30 days) |
| *escitalopram oxalate oral tablet 10 mg* | LEXAPRO | 2 | MT; QL (60 EA per 30 days) |
| *escitalopram oxalate oral tablet 20 mg* | LEXAPRO | 2 | MT; QL (30 EA per 30 days) |
| *escitalopram oxalate oral tablet 5 mg* | LEXAPRO | 2 | MT; QL (120 EA per 30 days) |
| FETZIMA ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 120 MG, 20 MG, 40 MG, 80 MG | | 3 | ST; MT; QL (30 EA per 30 days) |
| FETZIMA TITRATION ORAL CAPSULE ER 24 HOUR THERAPY PACK 20 & 40 MG | | 4 | ST; QL (56 EA per 365 days) |
| *fluoxetine hcl oral capsule 10 mg, 20 mg, 40 mg* | | 2 | MT |
| *fluoxetine hcl oral capsule delayed release 90 mg* | | 2 | MT; QL (4 EA per 28 days) |
| *fluoxetine hcl oral solution 20 mg/5ml* | | 2 | MT |
| *fluoxetine hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 60 mg* | | 2 | MT |
| *fluvoxamine maleate er oral capsule extended release 24 hour 100 mg, 150 mg* | | 2 | MT |
| *fluvoxamine maleate oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg* | | 2 | MT |
| *nefazodone hcl oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 250 mg, 50 mg* | | 2 | MT |
| *paroxetine hcl er oral tablet extended release 24 hour 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg* | PAXIL CR | 2 | ST; MT |

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 13.

| Medicamento | Referencia de Marca | Nivel | Requisitos/Límites |
|---|---|---|---|
| *paroxetine hcl oral suspension 10 mg/5ml* | | 2 | ST; MT |
| *paroxetine hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg* | PAXIL | 2 | ST; MT |
| RALDESY ORAL SOLUTION 10 MG/ML | | 4 | PA; MT |
| *sertraline hcl oral capsule 150 mg, 200 mg* | | 2 | MT |
| *sertraline hcl oral concentrate 20 mg/ml* | ZOLOFT | 2 | MT |
| *sertraline hcl oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg* | ZOLOFT | 2 | MT |
| *trazodone hcl oral tablet 100 mg, 150 mg, 300 mg, 50 mg* | | 2 | MT |
| TRINTELLIX ORAL TABLET 10 MG, 20 MG, 5 MG | | 4 | ST; MT; QL (60 EA per 30 days) |
| *venlafaxine besylate er oral tablet extended release 24 hour 112.5 mg* | | 3 | MT; QL (60 EA per 30 days) |
| *venlafaxine hcl er oral capsule extended release 24 hour 150 mg, 37.5 mg, 75 mg* | EFFEXOR XR | 2 | MT; QL (30 EA per 30 days) |
| *venlafaxine hcl oral tablet 100 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg, 75 mg* | | 2 | MT |
| *vilazodone hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg* | VIIBRYD | 2 | MT; QL (30 EA per 30 days) |
| ***Tricíclicos*** | | | |
| *amitriptyline hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg* | | 2 | MT |
| *amoxapine oral tablet 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg* | | 2 | MT |
| *clomipramine hcl oral capsule 25 mg, 50 mg, 75 mg* | ANAFRANIL | 2 | MT |
| *desipramine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg* | NORPRAMIN | 2 | MT |
| *desipramine hcl oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg, 75 mg* | | 2 | MT |
| *doxepin hcl oral capsule 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg* | | 2 | MT |
| *doxepin hcl oral concentrate 10 mg/ml* | | 2 | MT |
| *imipramine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg* | | 2 | MT |
| *imipramine pamoate oral capsule 100 mg, 125 mg, 150 mg, 75 mg* | | 2 | MT |

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 13.

| Medicamento | Referencia de Marca | Nivel | Requisitos/Límites |
|---|---|---|---|
| *nortriptyline hcl oral capsule 10 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg* | PAMELOR | 2 | MT |
| *nortriptyline hcl oral solution 10 mg/5ml* | | 2 | MT |
| *protriptyline hcl oral tablet 10 mg, 5 mg* | | 2 | MT |
| *trimipramine maleate oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg* | | 2 | MT |
| **Antieméticos** | | | |
| ***Antieméticos, Otros*** | | | |
| *chlorpromazine hcl oral concentrate 100 mg/ml, 30 mg/ml* | | 4 | MT |
| *chlorpromazine hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg* | | 2 | MT |
| *meclizine hcl oral tablet 12.5 mg* | | 2 | |
| *meclizine hcl oral tablet 25 mg* | | 2 | |
| *meclizine hcl oral tablet chewable 25 mg* | | 2 | |
| *metoclopramide hcl oral solution 5 mg/5ml* | | 2 | |
| *metoclopramide hcl oral tablet 10 mg, 5 mg* | REGLAN | 2 | |
| *perphenazine oral tablet 16 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg* | | 2 | MT |
| *prochlorperazine maleate oral tablet 10 mg, 5 mg* | | 2 | MT |
| *prochlorperazine rectal suppository 25 mg* | COMPRO | 2 | |
| *promethazine hcl oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg* | | 2 | |
| *scopolamine transdermal patch 72 hour 1 mg/3days* | TRANSDERM SCOP | 2 | QL (10 EA per 30 days) |
| ***Terapia Adyuvante Emetogénica*** | | | |
| *aprepitant oral capsule 125 mg* | | 4 | PA; QL (2 EA per 30 days) |
| *aprepitant oral capsule 40 mg* | | 4 | PA; QL (1 EA per 30 days) |
| *aprepitant oral capsule 80 mg* | EMEND BIPACK | 4 | PA; QL (6 EA per 30 days) |
| *aprepitant oral capsule therapy pack 80 & 125 mg* | EMEND TRIPACK | 4 | PA; QL (8 EA per 30 days) |

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 13.

| Medicamento | Referencia de Marca | Nivel | Requisitos/Límites |
|---|---|---|---|
| *dronabinol oral capsule 10 mg, 5 mg* | | 2 | PA; QL (60 EA per 30 days) |
| *dronabinol oral capsule 2.5 mg* | MARINOL | 2 | PA; QL (60 EA per 30 days) |
| EMEND ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED 125 MG/5ML | | 4 | PA; QL (2 EA per 30 days) |
| *granisetron hcl oral tablet 1 mg* | | 2 | PA; QL (60 EA per 30 days) |
| *ondansetron hcl oral solution 4 mg/5ml* | | 2 | PA; QL (450 ML per 10 days) |
| *ondansetron hcl oral tablet 4 mg, 8 mg* | | 2 | PA; QL (45 EA per 30 days) |
| *ondansetron oral tablet dispersible 4 mg, 8 mg* | | 2 | PA; QL (45 EA per 30 days) |
| **Antifungales** | | | |
| ***Antifungales*** | | | |
| *amphotericin b intravenous solution reconstituted 50 mg* | | 2 | PA |
| *amphotericin b liposome intravenous suspension reconstituted 50 mg* | AMBISOME | 5 | PA |
| *caspofungin acetate intravenous solution reconstituted 50 mg, 70 mg* | | 2 | PA |
| *clotrimazole external cream 1 %* | LOTRIMIN | 2 | |
| *clotrimazole external solution 1 %* | LASOLEX | 2 | |
| *clotrimazole mouth/throat troche 10 mg* | | 2 | |
| CRESEMBA ORAL CAPSULE 186 MG, 74.5 MG | | 5 | PA |
| *econazole nitrate external cream 1 %* | | 2 | |
| *fluconazole in sodium chloride intravenous solution 200-0.9 mg/100ml-%, 400-0.9 mg/200ml-%* | | 2 | PA |
| *fluconazole oral suspension reconstituted 10 mg/ml* | | 2 | |
| *fluconazole oral suspension reconstituted 40 mg/ml* | DIFLUCAN | 2 | |
| *fluconazole oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 50 mg* | | 2 | |
| *flucytosine oral capsule 250 mg, 500 mg* | ANCOBON | 5 | |

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 13.

| Medicamento | Referencia de Marca | Nivel | Requisitos/Límites |
|---|---|---|---|
| *griseofulvin microsize oral suspension 125 mg/5ml* | | 2 | |
| *griseofulvin microsize oral tablet 500 mg* | | 2 | |
| *griseofulvin ultramicrosize oral tablet 125 mg, 250 mg* | | 2 | |
| *itraconazole oral capsule 100 mg* | SPORANOX | 2 | QL (120 EA per 30 days) |
| *ketoconazole external cream 2 %* | | 2 | |
| *ketoconazole external shampoo 2 %* | | 2 | |
| *ketoconazole oral tablet 200 mg* | | 2 | |
| *micafungin sodium intravenous solution reconstituted 100 mg, 50 mg* | | 4 | |
| NYAMYC EXTERNAL POWDER 100000 UNIT/GM | | 2 | |
| *nystatin external cream 100000 unit/gm* | | 2 | |
| *nystatin external ointment 100000 unit/gm* | | 2 | |
| *nystatin external powder 100000 unit/gm* | NYSTOP | 2 | |
| *nystatin mouth/throat suspension 100000 unit/ml* | | 2 | |
| *nystatin oral tablet 500000 unit* | | 2 | |
| NYSTOP EXTERNAL POWDER 100000 UNIT/GM | | 2 | |
| *posaconazole oral suspension 40 mg/ml* | | 5 | |
| *posaconazole oral tablet delayed release 100 mg* | | 5 | |
| *terbinafine hcl oral tablet 250 mg* | | 2 | QL (90 EA per 365 days) |
| *terconazole vaginal cream 0.4 %, 0.8 %* | | 2 | |
| *terconazole vaginal suppository 80 mg* | | 2 | |
| *voriconazole intravenous solution reconstituted 200 mg* | VFEND IV | 4 | PA |
| *voriconazole oral suspension reconstituted 40 mg/ml* | VFEND | 5 | |
| *voriconazole oral tablet 200 mg, 50 mg* | | 4 | |
| **Antimicobacteriales** | | | |
| ***Antimicobacteriales, Otros*** | | | |
| *dapsone oral tablet 100 mg, 25 mg* | | 2 | MT |

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 13.

| Medicamento | Referencia de Marca | Nivel | Requisitos/Límites |
|---|---|---|---|
| *rifabutin oral capsule 150 mg* | | 4 | |
| *rifapentine oral tablet 150 mg* | PRIFTIN | 2 | |
| ***Antituberculares*** | | | |
| *ethambutol hcl oral tablet 100 mg, 400 mg* | | 2 | |
| *isoniazid oral syrup 50 mg/5ml* | | 2 | MT |
| *isoniazid oral tablet 100 mg, 300 mg* | | 2 | MT |
| *pretomanid oral tablet 200 mg* | | 4 | PA; QL (182 EA per 182 days) |
| *pyrazinamide oral tablet 500 mg* | | 4 | |
| *rifampin intravenous solution reconstituted 600 mg* | RIFADIN | 4 | |
| *rifampin oral capsule 150 mg, 300 mg* | | 2 | |
| SIRTURO ORAL TABLET 100 MG, 20 MG | | 5 | PA; LA |
| **Antineoplásicos** | | | |
| ***Agentes Alquilantes*** | | | |
| *cyclophosphamide oral capsule 25 mg, 50 mg* | | 2 | PA |
| *cyclophosphamide oral tablet 50 mg* | | 2 | PA |
| LEUKERAN ORAL TABLET 2 MG | | 5 | |
| *lomustine oral capsule 10 mg, 40 mg* | GLEOSTINE | 4 | PA |
| *lomustine oral capsule 100 mg* | GLEOSTINE | 5 | PA |
| MATULANE ORAL CAPSULE 50 MG | | 5 | LA |
| VALCHLOR EXTERNAL GEL 0.016 % | | 5 | PA; LA |
| ***Agentes Antiangiogénicos*** | | | |
| *lenalidomide oral capsule 10 mg, 15 mg, 2.5 mg, 20 mg, 25 mg, 5 mg* | REVLIMID | 5 | LA |
| POMALYST ORAL CAPSULE 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG | | 5 | PA; LA |
| THALOMID ORAL CAPSULE 100 MG, 50 MG | | 5 | PA; LA |
| ZENBEXUS ORAL CAPSULE 0.75 MG, 1 MG | | 5 | PA; LA; QL (21 EA per 28 days) |
| ***Antiandrógenos*** | | | |
| *abiraterone acetate oral tablet 250 mg* | ABIRTEGA | 4 | PA; QL (120 EA per 30 days) |

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 13.

| Medicamento | Referencia de Marca | Nivel | Requisitos/Límites |
|---|---|---|---|
| *abiraterone acetate oral tablet 500 mg* | ZYTIGA | 4 | PA; QL (60 EA per 30 days) |
| *bicalutamide oral tablet 50 mg* | CASODEX | 2 | |
| ERLEADA ORAL TABLET 240 MG | | 5 | PA; LA; QL (30 EA per 30 days) |
| ERLEADA ORAL TABLET 60 MG | | 5 | PA; LA; QL (120 EA per 30 days) |
| EULEXIN ORAL CAPSULE 125 MG | | 5 | PA; QL (180 EA per 30 days) |
| *nilutamide oral tablet 150 mg* | | 5 | |
| NUBEQA ORAL TABLET 300 MG | | 5 | PA; LA; QL (120 EA per 30 days) |
| XTANDI ORAL CAPSULE 40 MG | | 5 | PA; LA; QL (180 EA per 30 days) |
| XTANDI ORAL TABLET 40 MG | | 5 | PA; LA; QL (180 EA per 30 days) |
| XTANDI ORAL TABLET 80 MG | | 5 | PA; LA; QL (90 EA per 30 days) |
| ***Antiestrógenos / Modificadores*** | | | |
| INLURIYO ORAL TABLET 200 MG | | 5 | PA; LA; QL (56 EA per 28 days) |
| ORSERDU ORAL TABLET 345 MG | | 5 | PA; LA; QL (30 EA per 30 days) |
| ORSERDU ORAL TABLET 86 MG | | 5 | PA; LA; QL (90 EA per 30 days) |
| SOLTAMOX ORAL SOLUTION 10 MG/5ML | | 5 | PA |
| *tamoxifen citrate oral tablet 10 mg, 20 mg* | | 2 | MT |
| *toremifene citrate oral tablet 60 mg* | FARESTON | 4 | MT; FFL |
| ***Antimetabolitos*** | | | |
| *mercaptopurine oral suspension 2000 mg/100ml* | PURIXAN | 5 | |
| *mercaptopurine oral tablet 50 mg* | | 2 | |
| ONUREG ORAL TABLET 200 MG, 300 MG | | 5 | PA; LA; QL (14 EA per 28 days) |
| TABLOID ORAL TABLET 40 MG | | 5 | PA |
| ***Antineoplásicos, Otros*** | | | |
| *hydroxyurea oral capsule 500 mg* | HYDREA | 2 | |

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 13.

| Medicamento | Referencia de Marca | Nivel | Requisitos/Límites |
|---|---|---|---|
| INQOVI ORAL TABLET 35-100 MG | | 5 | PA; LA; QL (5 EA per 28 days) |
| IWILFIN ORAL TABLET 192 MG | | 5 | PA; QL (240 EA per 30 days) |
| JYLAMVO ORAL SOLUTION 2 MG/ML | | 4 | PA |
| LONSURF ORAL TABLET 15-6.14 MG, 20-8.19 MG | | 5 | LA |
| LYNPARZA ORAL TABLET 100 MG, 150 MG | | 5 | PA; LA |
| LYSODREN ORAL TABLET 500 MG | | 5 | LA |
| *methotrexate sodium (pf) injection solution 1 gm/40ml, 250 mg/10ml* | | 2 | PA |
| *methotrexate sodium injection solution reconstituted 1 gm* | | 2 | PA |
| ORGOVYX ORAL TABLET 120 MG | | 5 | PA; LA; QL (33 EA per 30 days) |
| RETEVMO ORAL TABLET 120 MG, 160 MG, 80 MG | | 5 | PA; LA; QL (60 EA per 30 days) |
| RETEVMO ORAL TABLET 40 MG | | 5 | PA; LA; QL (90 EA per 30 days) |
| VORANIGO ORAL TABLET 10 MG | | 5 | PA; QL (60 EA per 30 days) |
| VORANIGO ORAL TABLET 40 MG | | 5 | PA; QL (30 EA per 30 days) |
| XATMEP ORAL SOLUTION 2.5 MG/ML | | 4 | PA |
| XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 10 MG | | 5 | PA; QL (16 EA per 28 days) |
| ZOLINZA ORAL CAPSULE 100 MG | | 5 | PA |
| ***Inhibidores Aromatasa, Tercera Generación*** | | | |
| *anastrozole oral tablet 1 mg* | ARIMIDEX | 2 | MT |
| *exemestane oral tablet 25 mg* | AROMASIN | 2 | MT |
| *letrozole oral tablet 2.5 mg* | FEMARA | 2 | MT |
| ***Inhibidores De Enzimas*** | | | |
| IBRANCE ORAL TABLET 100 MG, 125 MG, 75 MG | | 5 | PA; LA; QL (21 EA per 28 days) |

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 13.

| Medicamento | Referencia de Marca | Nivel | Requisitos/Límites |
|---|---|---|---|
| OGSIVEO ORAL TABLET 100 MG, 150 MG | | 5 | PA; LA; QL (56 EA per 28 days) |
| TIBSOVO ORAL TABLET 250 MG | | 5 | PA; LA; QL (60 EA per 30 days) |
| ***Inhibidores Objetivo Molecular*** | | | |
| AKEEGA ORAL TABLET 100-500 MG, 50-500 MG | | 5 | PA; LA; QL (60 EA per 30 days) |
| ALECENSA ORAL CAPSULE 150 MG | | 5 | PA; LA; QL (240 EA per 30 days) |
| ALUNBRIG ORAL TABLET 180 MG, 90 MG | | 5 | PA; LA; QL (30 EA per 30 days) |
| ALUNBRIG ORAL TABLET 30 MG | | 5 | PA; LA; QL (180 EA per 30 days) |
| ALUNBRIG ORAL TABLET THERAPY PACK 90 & 180 MG | | 5 | PA; LA; QL (30 EA per 30 days) |
| AUGTYRO ORAL CAPSULE 160 MG | | 5 | PA; QL (60 EA per 30 days) |
| AUGTYRO ORAL CAPSULE 40 MG | | 5 | PA; QL (240 EA per 30 days) |
| AVMAPKI FAKZYNJA CO-PACK ORAL THERAPY PACK 0.8 & 200 MG | | 5 | PA; LA; QL (66 EA per 28 days) |
| AYVAKIT ORAL TABLET 100 MG, 200 MG, 25 MG, 300 MG, 50 MG | | 5 | PA; LA; QL (30 EA per 30 days) |
| BALVERSA ORAL TABLET 3 MG, 4 MG, 5 MG | | 5 | PA; LA |
| BOSULIF ORAL CAPSULE 100 MG, 50 MG | | 5 | PA; QL (180 EA per 30 days) |
| BOSULIF ORAL TABLET 100 MG | | 5 | PA; LA |
| BOSULIF ORAL TABLET 400 MG, 500 MG | | 5 | PA; LA; QL (30 EA per 30 days) |
| BRAFTOVI ORAL CAPSULE 75 MG | | 5 | PA; LA; QL (180 EA per 30 days) |
| BRUKINSA ORAL TABLET 160 MG | | 5 | PA; LA; QL (60 EA per 30 days) |
| CABOMETYX ORAL TABLET 20 MG, 40 MG, 60 MG | | 5 | PA; LA; QL (30 EA per 30 days) |
| CALQUENCE ORAL TABLET 100 MG | | 5 | PA; LA; QL (60 EA per 30 days) |

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 13.

| Medicamento | Referencia de Marca | Nivel | Requisitos/Límites |
|---|---|---|---|
| CAPRELSA ORAL TABLET 100 MG, 300 MG | | 5 | LA |
| COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE) ORAL KIT 80 & 20 MG | | 5 | PA; LA |
| COMETRIQ (140 MG DAILY DOSE) ORAL KIT 3 X 20 MG & 80 MG | | 5 | PA; LA |
| COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE) ORAL KIT 20 MG | | 5 | PA; LA |
| COPIKTRA ORAL CAPSULE 15 MG, 25 MG | | 5 | PA; LA; QL (56 EA per 28 days) |
| COTELLIC ORAL TABLET 20 MG | | 5 | PA; LA; QL (63 EA per 28 days) |
| DANZITEN ORAL TABLET 71 MG, 95 MG | | 5 | PA; LA |
| *dasatinib oral tablet 100 mg, 20 mg, 50 mg, 70 mg* | PHYRAGO | 4 | PA |
| *dasatinib oral tablet 140 mg, 80 mg* | PHYRAGO | 5 | PA |
| DAURISMO ORAL TABLET 100 MG | | 5 | PA; LA; QL (28 EA per 28 days) |
| DAURISMO ORAL TABLET 25 MG | | 5 | PA; LA; QL (56 EA per 28 days) |
| ENSACOVE ORAL CAPSULE 100 MG, 25 MG | | 5 | PA; LA; QL (60 EA per 30 days) |
| ERIVEDGE ORAL CAPSULE 150 MG | | 5 | PA; LA |
| *erlotinib hcl oral tablet 100 mg, 150 mg, 25 mg* | | 2 | PA |
| *everolimus oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg* | ZORTRESS | 4 | PA; MT |
| *everolimus oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg* | AFINITOR | 4 | PA |
| *everolimus oral tablet soluble 2 mg, 5 mg* | AFINITOR DISPERZ | 5 | PA |
| FOTIVDA ORAL CAPSULE 0.89 MG, 1.34 MG | | 5 | PA; LA; QL (21 EA per 28 days) |
| FRUZAQLA ORAL CAPSULE 1 MG | | 5 | PA; QL (84 EA per 21 days) |
| FRUZAQLA ORAL CAPSULE 5 MG | | 5 | PA; QL (21 EA per 21 days) |
| GAVRETO ORAL CAPSULE 100 MG | | 5 | PA; LA; QL (120 EA per 30 days) |

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 13.

| Medicamento | Referencia de Marca | Nivel | Requisitos/Límites |
|---|---|---|---|
| *gefitinib oral tablet 250 mg* | IRESSA | 5 | PA |
| GILOTRIF ORAL TABLET 20 MG, 30 MG, 40 MG | | 5 | PA; LA |
| GOMEKLI ORAL CAPSULE 1 MG | | 5 | PA; QL (42 EA per 28 days) |
| GOMEKLI ORAL CAPSULE 2 MG | | 5 | PA; QL (84 EA per 28 days) |
| GOMEKLI ORAL TABLET SOLUBLE 1 MG | | 5 | PA; QL (168 EA per 28 days) |
| HERNEXEOS ORAL TABLET 60 MG | | 5 | PA; LA; QL (90 EA per 30 days) |
| HYRNUO ORAL TABLET 10 MG | | 5 | PA; QL (120 EA per 30 days) |
| IBRANCE ORAL CAPSULE 125 MG | | 5 | PA; LA; QL (21 EA per 28 days) |
| IBRANCE ORAL TABLET 100 MG, 125 MG, 75 MG | | 5 | PA; LA; QL (21 EA per 28 days) |
| IBTROZI ORAL CAPSULE 200 MG | | 5 | PA; LA; QL (90 EA per 30 days) |
| ICLUSIG ORAL TABLET 10 MG, 30 MG, 45 MG | | 5 | PA; LA; QL (30 EA per 30 days) |
| ICLUSIG ORAL TABLET 15 MG | | 5 | PA; LA; QL (60 EA per 30 days) |
| IDHIFA ORAL TABLET 100 MG, 50 MG | | 5 | PA; LA; QL (30 EA per 30 days) |
| *imatinib mesylate oral tablet 100 mg, 400 mg* | GLEEVEC | 2 | PA |
| IMBRUVICA ORAL CAPSULE 140 MG, 70 MG | | 5 | PA; LA |
| IMBRUVICA ORAL SUSPENSION 70 MG/ML | | 5 | PA; LA; QL (324 ML per 30 days) |
| IMBRUVICA ORAL TABLET 140 MG, 280 MG, 420 MG | | 5 | PA; LA |
| *imkeldi oral solution 80 mg/ml* | | 5 | PA |
| INLYTA ORAL TABLET 1 MG, 5 MG | | 5 | PA; LA |
| INREBIC ORAL CAPSULE 100 MG | | 5 | PA; LA; QL (120 EA per 30 days) |
| ITOVEBI ORAL TABLET 3 MG | | 5 | PA; QL (56 EA per 28 days) |

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 13.

| Medicamento | Referencia de Marca | Nivel | Requisitos/Límites |
|---|---|---|---|
| ITOVEBI ORAL TABLET 9 MG | | 5 | PA; QL (28 EA per 28 days) |
| JAKAFI ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 5 MG | | 5 | PA; LA |
| JAKAFI XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 11 MG, 22 MG, 33 MG, 44 MG, 55 MG | | 5 | PA; LA; QL (30 EA per 30 days) |
| JAYPIRCA ORAL TABLET 100 MG | | 5 | PA; LA; QL (60 EA per 30 days) |
| JAYPIRCA ORAL TABLET 50 MG | | 5 | PA; LA; QL (30 EA per 30 days) |
| JIDEYTRO ORAL TABLET 100 MG | | 5 | PA; LA; QL (30 EA per 30 days) |
| JIDEYTRO ORAL TABLET 25 MG | | 5 | PA; LA; QL (120 EA per 30 days) |
| KISQALI (200 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 MG | | 5 | PA; QL (21 EA per 28 days) |
| KISQALI (400 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 MG | | 5 | PA; QL (42 EA per 28 days) |
| KISQALI (600 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 MG | | 5 | PA; QL (63 EA per 28 days) |
| KOMZIFTI ORAL CAPSULE 200 MG | | 5 | PA; LA; QL (90 EA per 30 days) |
| KOSELUGO ORAL CAPSULE 10 MG, 25 MG | | 5 | PA |
| KOSELUGO ORAL CAPSULE SPRINKLE 5 MG, 7.5 MG | | 5 | PA |
| KRAZATI ORAL TABLET 200 MG | | 5 | PA; LA; QL (180 EA per 30 days) |
| *lapatinib ditosylate oral tablet 250 mg* | TYKERB | 5 | PA; LA |
| LAZCLUZE ORAL TABLET 240 MG | | 5 | PA; QL (30 EA per 30 days) |
| LAZCLUZE ORAL TABLET 80 MG | | 5 | PA; QL (60 EA per 30 days) |
| LENVIMA (10 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 10 MG | | 5 | PA; LA; QL (30 EA per 30 days) |
| LENVIMA (12 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 3 X 4 MG | | 5 | PA; LA; QL (90 EA per 30 days) |

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 13.

| Medicamento | Referencia de Marca | Nivel | Requisitos/Límites |
|---|---|---|---|
| LENVIMA (14 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 10 & 4 MG | | 5 | PA; LA; QL (60 EA per 30 days) |
| LENVIMA (18 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 10 MG & 2 X 4 MG | | 5 | PA; LA; QL (90 EA per 30 days) |
| LENVIMA (20 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 2 X 10 MG | | 5 | PA; LA; QL (60 EA per 30 days) |
| LENVIMA (24 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 2 X 10 MG & 4 MG | | 5 | PA; LA; QL (90 EA per 30 days) |
| LENVIMA (4 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 4 MG | | 5 | PA; LA; QL (90 EA per 30 days) |
| LENVIMA (8 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 2 X 4 MG | | 5 | PA; LA; QL (60 EA per 30 days) |
| LIFYORLI (125 MG DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 1 X 25 MG & 1 X 100 MG, 3 X 25 MG & 1 X 100 MG, 9 X 25 MG & 1 X 100 MG | | 5 | PA; LA |
| LIFYORLI (150 MG DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 2 X 25 MG & 1 X 100 MG, 3 X 25 MG & 1 X 100 MG, 9 X 25 MG & 1 X 100 MG | | 5 | PA; LA |
| LORBRENA ORAL TABLET 100 MG | | 5 | PA; LA; QL (30 EA per 30 days) |
| LORBRENA ORAL TABLET 25 MG | | 5 | PA; LA; QL (90 EA per 30 days) |
| LUMAKRAS ORAL TABLET 120 MG | | 5 | PA; LA; QL (240 EA per 30 days) |
| LUMAKRAS ORAL TABLET 240 MG | | 5 | PA; LA; QL (120 EA per 30 days) |
| LUMAKRAS ORAL TABLET 320 MG | | 5 | PA; LA; QL (90 EA per 30 days) |
| LYNPARZA ORAL TABLET 100 MG, 150 MG | | 5 | PA; LA |
| LYTGOBI (12 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 4 MG | | 5 | PA; LA; QL (84 EA per 28 days) |

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 13.

| Medicamento | Referencia de Marca | Nivel | Requisitos/Límites |
|---|---|---|---|
| LYTGOBI (16 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 4 MG | | 5 | PA; LA; QL (112 EA per 28 days) |
| LYTGOBI (20 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 4 MG | | 5 | PA; LA; QL (140 EA per 28 days) |
| MEKINIST ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 0.05 MG/ML | | 5 | PA; LA |
| MEKINIST ORAL TABLET 0.5 MG, 2 MG | | 5 | PA; LA |
| MEKTOVI ORAL TABLET 15 MG | | 5 | PA; LA; QL (180 EA per 30 days) |
| MODEYSO ORAL CAPSULE 125 MG | | 5 | PA; LA; QL (20 EA per 28 days) |
| NERLYNX ORAL TABLET 40 MG | | 5 | PA; LA; QL (180 EA per 30 days) |
| *nilotinib hcl oral capsule 150 mg, 200 mg, 50 mg* | TASIGNA | 5 | PA |
| NINLARO ORAL CAPSULE 2.3 MG, 3 MG, 4 MG | | 5 | PA; QL (3 EA per 28 days) |
| ODOMZO ORAL CAPSULE 200 MG | | 5 | PA; LA; QL (30 EA per 30 days) |
| OGSIVEO ORAL TABLET 100 MG, 150 MG | | 5 | PA; LA; QL (56 EA per 28 days) |
| OJEMDA ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED 25 MG/ML | | 5 | PA; LA; QL (96 ML per 28 days) |
| OJEMDA ORAL TABLET 100 MG | | 5 | PA; LA; QL (20 EA per 28 days) |
| OJEMDA ORAL TABLET 100 MG (16 PACK) | | 5 | PA; LA; QL (16 EA per 28 days) |
| OJEMDA ORAL TABLET 100 MG (24 PACK) | | 5 | PA; LA; QL (24 EA per 28 days) |
| OJJAARA ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG | | 5 | PA; QL (30 EA per 30 days) |
| *pazopanib hcl oral tablet 200 mg* | VOTRIENT | 5 | PA |
| PEMAZYRE ORAL TABLET 13.5 MG, 4.5 MG, 9 MG | | 5 | PA; LA; QL (28 EA per 28 days) |
| PIQRAY (200 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 MG | | 5 | PA; QL (28 EA per 28 days) |

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 13.

| Medicamento | Referencia de Marca | Nivel | Requisitos/Límites |
|---|---|---|---|
| PIQRAY (250 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 50 MG | | 5 | PA; QL (56 EA per 28 days) |
| PIQRAY (300 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 2 X 150 MG | | 5 | PA; QL (56 EA per 28 days) |
| QINLOCK ORAL TABLET 50 MG | | 5 | PA; LA; QL (90 EA per 30 days) |
| RETEVMO ORAL TABLET 120 MG, 160 MG, 80 MG | | 5 | PA; LA; QL (60 EA per 30 days) |
| RETEVMO ORAL TABLET 40 MG | | 5 | PA; LA; QL (90 EA per 30 days) |
| REVUFORJ ORAL TABLET 110 MG | | 5 | PA; LA; QL (120 EA per 30 days) |
| REVUFORJ ORAL TABLET 160 MG | | 5 | PA; LA; QL (60 EA per 30 days) |
| REVUFORJ ORAL TABLET 25 MG | | 5 | PA |
| REZLIDHIA ORAL CAPSULE 150 MG | | 5 | PA; LA; QL (60 EA per 30 days) |
| ROMVIMZA ORAL CAPSULE 14 MG, 20 MG, 30 MG | | 5 | PA; LA; QL (8 EA per 28 days) |
| ROZLYTREK ORAL CAPSULE 100 MG | | 5 | PA; LA; QL (180 EA per 30 days) |
| ROZLYTREK ORAL CAPSULE 200 MG | | 5 | PA; LA; QL (90 EA per 30 days) |
| ROZLYTREK ORAL PACKET 50 MG | | 5 | PA; LA; QL (360 EA per 30 days) |
| RUBRACA ORAL TABLET 200 MG, 250 MG, 300 MG | | 5 | PA; LA; QL (120 EA per 30 days) |
| RYDAPT ORAL CAPSULE 25 MG | | 5 | PA; QL (240 EA per 30 days) |
| SCEMBLIX ORAL TABLET 100 MG, 20 MG | | 5 | PA; QL (120 EA per 30 days) |
| SCEMBLIX ORAL TABLET 40 MG | | 5 | PA; QL (300 EA per 30 days) |
| *sorafenib tosylate oral tablet 200 mg* | NEXAVAR | 5 | PA |
| STIVARGA ORAL TABLET 40 MG | | 5 | PA; LA; QL (120 EA per 30 days) |
| *sunitinib malate oral capsule 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg* | SUTENT | 5 | PA |

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 13.

| Medicamento | Referencia de Marca | Nivel | Requisitos/Límites |
|---|---|---|---|
| TABRECTA ORAL TABLET 150 MG, 200 MG | | 5 | PA; QL (120 EA per 30 days) |
| TAFINLAR ORAL CAPSULE 50 MG, 75 MG | | 5 | PA; LA |
| TAFINLAR ORAL TABLET SOLUBLE 10 MG | | 5 | PA; LA |
| TAGRISSO ORAL TABLET 40 MG, 80 MG | | 5 | PA; LA; QL (30 EA per 30 days) |
| TALZENNA ORAL CAPSULE 0.1 MG, 0.35 MG, 0.5 MG, 0.75 MG, 1 MG | | 5 | PA; LA; QL (30 EA per 30 days) |
| TALZENNA ORAL CAPSULE 0.25 MG | | 5 | PA; LA; QL (90 EA per 30 days) |
| TEPMETKO ORAL TABLET 225 MG | | 5 | PA; LA; QL (60 EA per 30 days) |
| TIBSOVO ORAL TABLET 250 MG | | 5 | PA; LA; QL (60 EA per 30 days) |
| TRUQAP ORAL TABLET 200 MG | | 5 | PA; QL (64 EA per 28 days) |
| TRUQAP ORAL TABLET THERAPY PACK 160 MG | | 5 | PA; QL (64 EA per 28 days) |
| TUKYSA ORAL TABLET 150 MG, 50 MG | | 5 | PA; LA; QL (120 EA per 30 days) |
| TURALIO ORAL CAPSULE 125 MG | | 5 | PA; LA; QL (120 EA per 30 days) |
| VANFLYTA ORAL TABLET 17.7 MG | | 5 | PA; QL (28 EA per 14 days) |
| VANFLYTA ORAL TABLET 26.5 MG | | 5 | PA; QL (56 EA per 28 days) |
| VENCLEXTA ORAL TABLET 10 MG | | 3 | PA; LA |
| VENCLEXTA ORAL TABLET 100 MG, 50 MG | | 5 | PA; LA |
| VENCLEXTA STARTING PACK ORAL TABLET THERAPY PACK 10 & 50 & 100 MG | | 5 | PA; LA |
| VERZENIO ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG, 50 MG | | 5 | PA; LA; QL (60 EA per 30 days) |
| VITRAKVI ORAL CAPSULE 100 MG, 25 MG | | 5 | PA; LA |
| VITRAKVI ORAL SOLUTION 20 MG/ML | | 5 | PA; LA |

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 13.

| Medicamento | Referencia de Marca | Nivel | Requisitos/Límites |
|---|---|---|---|
| VONJO ORAL CAPSULE 100 MG | | 5 | PA; LA; QL (120 EA per 30 days) |
| XALKORI ORAL CAPSULE 200 MG, 250 MG | | 5 | PA; LA; QL (60 EA per 30 days) |
| XALKORI ORAL CAPSULE SPRINKLE 150 MG | | 5 | PA; LA; QL (180 EA per 30 days) |
| XALKORI ORAL CAPSULE SPRINKLE 20 MG, 50 MG | | 5 | PA; LA; QL (120 EA per 30 days) |
| XOSPATA ORAL TABLET 40 MG | | 5 | PA; LA; QL (90 EA per 30 days) |
| XPOVIO (100 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 50 MG | | 5 | PA; QL (8 EA per 28 days) |
| XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 10 MG | | 5 | PA; QL (16 EA per 28 days) |
| XPOVIO (40 MG TWICE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 40 MG | | 5 | PA; QL (8 EA per 28 days) |
| XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 60 MG | | 5 | PA; QL (4 EA per 28 days) |
| XPOVIO (60 MG TWICE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 20 MG | | 5 | PA; QL (24 EA per 28 days) |
| XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 40 MG | | 5 | PA; QL (8 EA per 28 days) |
| XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 80 MG | | 5 | PA; QL (4 EA per 28 days) |
| XPOVIO (80 MG TWICE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 20 MG | | 5 | PA; QL (32 EA per 28 days) |
| ZEJULA ORAL TABLET 100 MG, 200 MG, 300 MG | | 5 | PA; LA; QL (30 EA per 30 days) |
| ZELBORAF ORAL TABLET 240 MG | | 5 | PA; LA |
| ZYKADIA ORAL TABLET 150 MG | | 5 | PA; LA; QL (90 EA per 30 days) |
| ***Retinoides*** | | | |

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 13.

| Medicamento | Referencia de Marca | Nivel | Requisitos/Límites |
|---|---|---|---|
| *bexarotene external gel 1 %* | TARGRETIN | 5 | PA |
| *bexarotene oral capsule 75 mg* | TARGRETIN | 5 | PA |
| PANRETIN EXTERNAL GEL 0.1 % | | 5 | PA |
| *tretinoin oral capsule 10 mg* | | 5 | |
| ***Tratamientos Adjuntos*** | | | |
| *leucovorin calcium oral tablet 10 mg, 15 mg, 25 mg* | | 2 | |
| *leucovorin calcium oral tablet 5 mg* | | 2 | |
| *mesna oral tablet 400 mg* | MESNEX | 2 | |
| **Antiparasíticos** | | | |
| ***Antihelminticos*** | | | |
| *albendazole oral tablet 200 mg* | | 4 | |
| *ivermectin oral tablet 3 mg* | STROMECTOL | 2 | |
| *ivermectin oral tablet 6 mg* | | 2 | |
| *praziquantel oral tablet 600 mg* | BILTRICIDE | 4 | |
| ***Antiprotozoales*** | | | |
| *atovaquone oral suspension 750 mg/5ml* | MEPRON | 2 | PA |
| *atovaquone-proguanil hcl oral tablet 250-100 mg, 62.5-25 mg* | MALARONE | 2 | |
| *chloroquine phosphate oral tablet 250 mg, 500 mg* | | 2 | MT |
| COARTEM ORAL TABLET 20-120 MG | | 4 | QL (24 EA per 30 days) |
| *hydroxychloroquine sulfate oral tablet 100 mg, 400 mg* | | 2 | MT |
| *hydroxychloroquine sulfate oral tablet 200 mg* | PLAQUENIL | 2 | MT |
| *hydroxychloroquine sulfate oral tablet 300 mg* | SOVUNA | 2 | MT |
| *mefloquine hcl oral tablet 250 mg* | | 2 | MT |
| *nitazoxanide oral tablet 500 mg* | | 4 | |
| *pentamidine isethionate inhalation solution reconstituted 300 mg* | NEBUPENT | 4 | PA |
| *pentamidine isethionate injection solution reconstituted 300 mg* | PENTAM | 4 | PA |
| *primaquine phosphate oral tablet 26.3 (15 base) mg* | | 4 | |

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 13.

| Medicamento | Referencia de Marca | Nivel | Requisitos/Límites |
|---|---|---|---|
| *pyrimethamine oral tablet 25 mg* | DARAPRIM | 5 | PA |
| *quinine sulfate oral capsule 324 mg* | | 2 | |
| **Antisicóticos** | | | |
| ***Primera Generación, Típicos*** | | | |
| *chlorpromazine hcl oral concentrate 100 mg/ml, 30 mg/ml* | | 4 | MT |
| *chlorpromazine hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg* | | 2 | MT |
| *fluphenazine decanoate injection solution 25 mg/ml* | | 2 | |
| *fluphenazine hcl injection solution 2.5 mg/ml* | | 2 | |
| *fluphenazine hcl oral concentrate 5 mg/ml* | | 2 | MT |
| *fluphenazine hcl oral elixir 2.5 mg/5ml* | | 2 | MT |
| *fluphenazine hcl oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg* | | 2 | MT |
| *haloperidol decanoate intramuscular solution 100 mg/ml, 100 mg/ml 1 ml, 50 mg/ml, 50 mg/ml(1ml)* | | 2 | |
| *haloperidol lactate injection solution 5 mg/ml* | | 2 | |
| *haloperidol lactate oral concentrate 2 mg/ml* | | 2 | MT |
| *haloperidol oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 10 mg, 2 mg, 20 mg, 5 mg* | | 2 | MT |
| *loxapine succinate oral capsule 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg* | | 2 | MT |
| *molindone hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 5 mg* | | 4 | MT |
| *perphenazine oral tablet 16 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg* | | 2 | MT |
| *pimozide oral tablet 1 mg, 2 mg* | | 2 | MT |
| *prochlorperazine maleate oral tablet 10 mg, 5 mg* | | 2 | MT |
| *thioridazine hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg* | | 2 | MT |
| *thiothixene oral capsule 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg* | | 2 | MT |

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 13.

| Medicamento | Referencia de Marca | Nivel | Requisitos/Límites |
|---|---|---|---|
| *trifluoperazine hcl oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg* | | 2 | MT |
| ***Resistente A Tratamiento*** | | | |
| *clozapine oral tablet 100 mg, 25 mg* | CLOZARIL | 2 | |
| *clozapine oral tablet 200 mg, 50 mg* | | 2 | |
| *clozapine oral tablet dispersible 100 mg, 12.5 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg* | | 2 | |
| VERSACLOZ ORAL SUSPENSION 50 MG/ML | | 5 | ST |
| ***Segunda Generación, Atípicos*** | | | |
| ABILIFY ASIMTUFII INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 720 MG/2.4ML | | 5 | ST; QL (2.4 ML per 42 days) |
| ABILIFY ASIMTUFII INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 960 MG/3.2ML | | 5 | ST; QL (3.2 ML per 42 days) |
| ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 300 MG, 400 MG | | 5 | ST; QL (1 EA per 28 days) |
| ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED ER 300 MG, 400 MG | | 5 | ST; QL (1 EA per 28 days) |
| *aripiprazole oral solution 1 mg/ml* | | 2 | MT |
| *aripiprazole oral tablet 10 mg, 15 mg, 2 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg* | ABILIFY | 2 | MT |
| *aripiprazole oral tablet dispersible 10 mg, 15 mg* | | 4 | MT |
| ARISTADA INITIO INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 675 MG/2.4ML | | 5 | ST; QL (2.4 ML per 28 days) |
| ARISTADA INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 1064 MG/3.9ML | | 5 | ST; QL (3.9 ML per 56 days) |
| ARISTADA INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 441 MG/1.6ML | | 5 | ST; QL (1.6 ML per 28 days) |
| ARISTADA INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 662 MG/2.4ML | | 5 | ST; QL (2.4 ML per 28 days) |
| ARISTADA INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 882 MG/3.2ML | | 5 | ST; QL (3.2 ML per 28 days) |
| *asenapine maleate sublingual tablet sublingual 10 mg, 2.5 mg, 5 mg* | SAPHRIS | 4 | MT; QL (60 EA per 30 days) |

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 13.

| Medicamento | Referencia de Marca | Nivel | Requisitos/Límites |
|---|---|---|---|
| CAPLYTA ORAL CAPSULE 10.5 MG, 21 MG, 42 MG | | 5 | ST; QL (30 EA per 30 days) |
| COBENFY ORAL CAPSULE 100-20 MG, 125-30 MG, 50-20 MG | | 5 | ST; QL (60 EA per 30 days) |
| COBENFY STARTER PACK ORAL CAPSULE THERAPY PACK 50-20 & 100-20 MG | | 5 | ST; QL (56 EA per 28 days) |
| FANAPT ORAL TABLET 1 MG, 2 MG, 4 MG | | 4 | ST; MT |
| FANAPT ORAL TABLET 10 MG, 12 MG, 6 MG, 8 MG | | 5 | ST |
| FANAPT TITRATION PACK A ORAL TABLET 1 & 2 & 4 & 6 MG | | 4 | ST |
| FANAPT TITRATION PACK B ORAL TABLET 1 & 2 & 6 & 8 MG | | 4 | ST |
| FANAPT TITRATION PACK C ORAL TABLET 1 & 2 & 6 MG | | 4 | ST |
| INVEGA HAFYERA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 1092 MG/3.5ML | | 5 | ST; QL (3.5 ML per 180 days) |
| INVEGA HAFYERA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 1560 MG/5ML | | 5 | ST; QL (5 ML per 180 days) |
| INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 117 MG/0.75ML | | 5 | ST; QL (0.8 ML per 28 days) |
| INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 156 MG/ML | | 5 | ST; QL (1 ML per 28 days) |
| INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 234 MG/1.5ML | | 5 | ST; QL (1.5 ML per 28 days) |
| INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 39 MG/0.25ML | | 4 | ST; QL (0.3 ML per 28 days) |
| INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 78 MG/0.5ML | | 5 | ST; QL (0.5 ML per 28 days) |
| INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 273 MG/0.88ML | | 5 | ST; QL (0.9 ML per 90 days) |

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 13.

| Medicamento | Referencia de Marca | Nivel | Requisitos/Límites |
|---|---|---|---|
| INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 410 MG/1.32ML | | 5 | ST; QL (1.32 ML per 90 days) |
| INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 546 MG/1.75ML | | 5 | ST; QL (1.8 ML per 90 days) |
| INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 819 MG/2.63ML | | 5 | ST; QL (3 ML per 90 days) |
| *lurasidone hcl oral tablet 120 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg* | LATUDA | 2 | MT |
| NUPLAZID ORAL CAPSULE 34 MG | | 5 | PA; LA; QL (30 EA per 30 days) |
| NUPLAZID ORAL TABLET 10 MG | | 5 | PA; LA; QL (30 EA per 30 days) |
| *olanzapine intramuscular solution reconstituted 10 mg* | ZYPREXA | 2 | |
| *olanzapine oral tablet 10 mg, 15 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg, 7.5 mg* | ZYPREXA | 2 | MT |
| *olanzapine oral tablet dispersible 10 mg, 15 mg, 20 mg, 5 mg* | ZYPREXA ZYDIS | 2 | MT |
| *paliperidone er oral tablet extended release 24 hour 1.5 mg* | | 4 | MT |
| *paliperidone er oral tablet extended release 24 hour 3 mg, 6 mg, 9 mg* | INVEGA | 4 | MT |
| *quetiapine fumarate er oral tablet extended release 24 hour 150 mg, 200 mg* | SEROQUEL XR | 2 | MT; QL (30 EA per 30 days) |
| *quetiapine fumarate er oral tablet extended release 24 hour 300 mg, 400 mg, 50 mg* | SEROQUEL XR | 2 | MT; QL (60 EA per 30 days) |
| *quetiapine fumarate oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 300 mg, 400 mg, 50 mg* | SEROQUEL | 2 | MT |
| *quetiapine fumarate oral tablet 150 mg* | | 2 | MT |
| REXULTI ORAL TABLET 0.25 MG, 0.5 MG, 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG | | 5 | ST; QL (30 EA per 30 days) |
| *risperidone microspheres er intramuscular suspension reconstituted er 12.5 mg, 25 mg* | RISPERDAL CONSTA | 4 | QL (2 EA per 28 days) |
| *risperidone microspheres er intramuscular suspension reconstituted er 37.5 mg, 50 mg* | RISPERDAL CONSTA | 5 | QL (2 EA per 28 days) |

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 13.

| Medicamento | Referencia de Marca | Nivel | Requisitos/Límites |
|---|---|---|---|
| *risperidone oral solution 1 mg/ml* | RISPERDAL | 2 | MT |
| *risperidone oral tablet 0.25 mg* | | 2 | MT |
| *risperidone oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg* | RISPERDAL | 2 | MT |
| *risperidone oral tablet dispersible 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg* | | 2 | MT |
| SAPHRIS SUBLINGUAL TABLET SUBLINGUAL 10 MG, 2.5 MG, 5 MG | | 4 | ST; MT |
| SECUADO TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 3.8 MG/24HR, 5.7 MG/24HR, 7.6 MG/24HR | | 5 | ST; QL (30 EA per 30 days) |
| VRAYLAR ORAL CAPSULE 0.5 MG, 0.75 MG, 1.5 MG, 3 MG, 4.5 MG, 6 MG | | 3 | ST; MT; QL (30 EA per 30 days) |
| *ziprasidone hcl oral capsule 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg* | GEODON | 2 | MT |
| *ziprasidone mesylate intramuscular solution reconstituted 20 mg* | GEODON | 2 | QL (6 EA per 3 days) |
| **Antivirales** | | | |
| ***Agentes Anti-Citomegalovirus (Cmv)*** | | | |
| LIVTENCITY ORAL TABLET 200 MG | | 5 | PA; LA; QL (360 EA per 30 days) |
| PREVYMIS ORAL TABLET 240 MG, 480 MG | | 5 | PA; QL (30 EA per 30 days) |
| *valganciclovir hcl oral solution reconstituted 50 mg/ml* | VALCYTE | 5 | |
| *valganciclovir hcl oral tablet 450 mg* | | 2 | MT |
| ***Agentes Anti-Hepatitis B (Hbv)*** | | | |
| *adefovir dipivoxil oral tablet 10 mg* | | 2 | PA; MT |
| BARACLUDE ORAL SOLUTION 0.05 MG/ML | | 5 | |
| *entecavir oral tablet 0.5 mg, 1 mg* | BARACLUDE | 2 | MT |
| *tenofovir disoproxil fumarate oral tablet 300 mg* | VIREAD | 4 | MT |
| VEMLIDY ORAL TABLET 25 MG | | 5 | PA; QL (28 EA per 28 days) |
| VIREAD ORAL POWDER 40 MG/GM | | 5 | |

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 13.

| Medicamento | Referencia de Marca | Nivel | Requisitos/Límites |
|---|---|---|---|
| VIREAD ORAL TABLET 150 MG, 200 MG, 250 MG | | 5 | |
| ***Agentes Anti-Hepatitis C (Hcv)*** | | | |
| *ledipasvir-sofosbuvir oral tablet 90-400 mg* | HARVONI | 5 | PA; QL (168 EA per 168 days) |
| MAVYRET ORAL TABLET 100-40 MG | | 5 | PA; QL (336 EA per 365 days) |
| *ribavirin oral capsule 200 mg* | | 2 | |
| *ribavirin oral tablet 200 mg* | | 2 | |
| *sofosbuvir-velpatasvir oral tablet 400-100 mg* | EPCLUSA | 5 | PA; QL (84 EA per 180 days) |
| VOSEVI ORAL TABLET 400-100-100 MG | | 5 | PA; QL (84 EA per 180 days) |
| ***Agentes Anti-Herpéticos*** | | | |
| *acyclovir oral capsule 200 mg* | | 2 | |
| *acyclovir oral suspension 200 mg/5ml* | | 2 | |
| *acyclovir oral tablet 400 mg, 800 mg* | | 2 | |
| *acyclovir sodium intravenous solution 50 mg/ml* | | 2 | PA |
| *famciclovir oral tablet 125 mg, 250 mg, 500 mg* | | 2 | |
| *valacyclovir hcl oral tablet 1 gm* | VALTREX | 2 | |
| *valacyclovir hcl oral tablet 500 mg* | VALTREX | 2 | QL (30 EA per 30 days) |
| ***Agentes Anti-Hiv, Inhibidores De Integrasa (Insti)*** | | | |
| BIKTARVY ORAL TABLET 30-120-15 MG, 50-200-25 MG | | 5 | |
| DOVATO ORAL TABLET 50-300 MG | | 5 | |
| GENVOYA ORAL TABLET 150-150-200-10 MG | | 5 | |
| ISENTRESS HD ORAL TABLET 600 MG | | 5 | |
| ISENTRESS ORAL PACKET 100 MG | | 5 | |
| ISENTRESS ORAL TABLET 400 MG | | 5 | |
| ISENTRESS ORAL TABLET CHEWABLE 100 MG | | 5 | |

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 13.

| Medicamento | Referencia de Marca | Nivel | Requisitos/Límites |
|---|---|---|---|
| ISENTRESS ORAL TABLET CHEWABLE 25 MG | | 4 | MT |
| STRIBILD ORAL TABLET 150-150-200-300 MG | | 5 | |
| SYMTUZA ORAL TABLET 800-150-200-10 MG | | 5 | |
| TIVICAY ORAL TABLET 50 MG | | 5 | |
| TIVICAY PD ORAL TABLET SOLUBLE 5 MG | | 5 | |
| ***Agentes Anti-Hiv, Inhibidores No-Nucleósidos De La Trascriptasa Reversa (Nnrti)*** | | | |
| DELSTRIGO ORAL TABLET 100-300-300 MG | | 5 | |
| EDURANT PED ORAL TABLET SOLUBLE 2.5 MG | | 5 | |
| *efavirenz oral tablet 600 mg* | | 2 | MT |
| *efavirenz-emtricitab-tenofo df oral tablet 600-200-300 mg* | | 4 | MT |
| *efavirenz-lamivudine-tenofovir oral tablet 400-300-300 mg* | | 5 | |
| *efavirenz-lamivudine-tenofovir oral tablet 600-300-300 mg* | SYMFI | 5 | |
| *emtricitab-rilpivir-tenofov df oral tablet 200-25-300 mg* | COMPLERA | 5 | |
| *etravirine oral tablet 100 mg, 200 mg* | INTELENCE | 4 | MT |
| IDVYNSO ORAL TABLET 100-0.25 MG | | 5 | |
| INTELENCE ORAL TABLET 25 MG | | 4 | MT |
| *nevirapine er oral tablet extended release 24 hour 400 mg* | | 2 | MT |
| *nevirapine oral suspension 50 mg/5ml* | | 2 | MT |
| *nevirapine oral tablet 200 mg* | | 2 | MT |
| PIFELTRO ORAL TABLET 100 MG | | 5 | |
| *rilpivirine hcl oral tablet 25 mg* | EDURANT | 5 | |
| ***Agentes Anti-Hiv, Inhibidores Nucleósidos De La Trascriptasa Reversa (Nnrti)*** | | | |

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 13.

| Medicamento | Referencia de Marca | Nivel | Requisitos/Límites |
|---|---|---|---|
| *abacavir sulfate oral solution 20 mg/ml* | ZIAGEN | 2 | MT |
| *abacavir sulfate oral tablet 300 mg* | | 2 | MT |
| *abacavir sulfate-lamivudine oral tablet 600-300 mg* | | 2 | MT |
| CIMDUO ORAL TABLET 300-300 MG | | 5 | |
| DELSTRIGO ORAL TABLET 100-300-300 MG | | 5 | |
| DESCOVY ORAL TABLET 120-15 MG, 200-25 MG | | 5 | |
| *efavirenz-emtricitab-tenofo df oral tablet 600-200-300 mg* | | 4 | MT |
| *efavirenz-lamivudine-tenofovir oral tablet 400-300-300 mg* | | 5 | |
| *efavirenz-lamivudine-tenofovir oral tablet 600-300-300 mg* | SYMFI | 5 | |
| *emtricitabine oral capsule 200 mg* | EMTRIVA | 4 | MT |
| *emtricitabine-tenofovir df oral tablet 100-150 mg, 167-250 mg, 200-300 mg* | TRUVADA | 4 | MT |
| *emtricitabine-tenofovir df oral tablet 133-200 mg* | TRUVADA | 5 | |
| EMTRIVA ORAL SOLUTION 10 MG/ML | | 3 | MT |
| JULUCA ORAL TABLET 50-25 MG | | 5 | |
| *lamivudine oral solution 10 mg/ml* | EPIVIR | 2 | MT |
| *lamivudine oral tablet 100 mg* | | 2 | MT |
| *lamivudine oral tablet 150 mg, 300 mg* | EPIVIR | 2 | MT |
| *lamivudine-zidovudine oral tablet 150-300 mg* | | 2 | MT |
| ODEFSEY ORAL TABLET 200-25-25 MG | | 5 | |
| *tenofovir disoproxil fumarate oral tablet 300 mg* | VIREAD | 4 | MT |
| VIREAD ORAL POWDER 40 MG/GM | | 5 | |
| VIREAD ORAL TABLET 150 MG, 200 MG, 250 MG | | 5 | |
| *zidovudine oral capsule 100 mg* | RETROVIR | 2 | MT |
| *zidovudine oral syrup 50 mg/5ml* | RETROVIR | 2 | MT |
| *zidovudine oral tablet 300 mg* | | 2 | MT |

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 13.

| Medicamento | Referencia de Marca | Nivel | Requisitos/Límites |
|---|---|---|---|
| ***Agentes Anti-Hiv, Otros*** | | | |
| *maraviroc oral tablet 150 mg, 300 mg* | SELZENTRY | 2 | MT |
| RUKOBIA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR 600 MG | | 5 | |
| SUNLENCA ORAL TABLET 300 MG | | 5 | |
| SUNLENCA ORAL TABLET THERAPY PACK 4 X 300 MG, 5 X 300 MG | | 5 | |
| TRIUMEQ ORAL TABLET 600-50-300 MG | | 5 | |
| *triumeq pd oral tablet soluble 60-5-30 mg* | | 4 | MT |
| ***Agentes Anti-Influenza*** | | | |
| *amantadine hcl oral capsule 100 mg* | | 2 | MT |
| *amantadine hcl oral solution 50 mg/5ml* | | 2 | MT |
| *amantadine hcl oral tablet 100 mg* | | 2 | MT |
| *oseltamivir phosphate oral capsule 30 mg* | | 2 | QL (168 EA per 365 days) |
| *oseltamivir phosphate oral capsule 45 mg* | | 2 | QL (84 EA per 365 days) |
| *oseltamivir phosphate oral capsule 75 mg* | TAMIFLU | 2 | QL (84 EA per 365 days) |
| *oseltamivir phosphate oral suspension reconstituted 6 mg/ml* | TAMIFLU | 2 | QL (1080 ML per 365 days) |
| RELENZA DISKHALER INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 5 MG/ACT | | 3 | QL (120 EA per 365 days) |
| *rimantadine hcl oral tablet 100 mg* | | 2 | |
| XOFLUZA (40 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 1 X 40 MG | | 3 | |
| XOFLUZA (80 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 1 X 80 MG | | 3 | |
| ***Agentes Anti-Vih, Inhibidores De La Proteasa (Pi)*** | | | |
| APTIVUS ORAL CAPSULE 250 MG | | 5 | |
| *atazanavir sulfate oral capsule 150 mg* | | 2 | MT |
| *atazanavir sulfate oral capsule 200 mg, 300 mg* | REYATAZ | 2 | MT |

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 13.

| Medicamento | Referencia de Marca | Nivel | Requisitos/Límites |
|---|---|---|---|
| *darunavir oral tablet 600 mg, 800 mg* | PREZISTA | 4 | MT |
| EVOTAZ ORAL TABLET 300-150 MG | | 5 | |
| *fosamprenavir calcium oral tablet 700 mg* | | 5 | |
| *lopinavir-ritonavir oral tablet 100-25 mg, 200-50 mg* | KALETRA | 4 | MT |
| PREZCOBIX ORAL TABLET 675-150 MG, 800-150 MG | | 5 | |
| PREZISTA ORAL SUSPENSION 100 MG/ML | | 5 | |
| PREZISTA ORAL TABLET 150 MG | | 5 | |
| PREZISTA ORAL TABLET 75 MG | | 4 | MT |
| REYATAZ ORAL PACKET 50 MG | | 5 | |
| *ritonavir oral tablet 100 mg* | NORVIR | 2 | MT |
| SYMTUZA ORAL TABLET 800-150-200-10 MG | | 5 | |
| VIRACEPT ORAL TABLET 250 MG, 625 MG | | 5 | |
| ***Antivirales, Agentes Coronavirus*** | | | |
| PAXLOVID (150/100) ORAL TABLET THERAPY PACK 10 X 150 MG & 10 X 100MG | | 2 | QL (20 EA per 30 days) |
| PAXLOVID (300/100 & 150/100) ORAL TABLET THERAPY PACK 6 X 150 MG & 5 X 100MG | | 2 | QL (11 EA per 30 days) |
| PAXLOVID (300/100) ORAL TABLET THERAPY PACK 20 X 150 MG & 10 X 100MG | | 2 | QL (30 EA per 30 days) |
| **Electrólitos / Minerales / Metales / Vitaminas** | | | |
| ***Electrólitos / Minerales / Metales / Vitaminas*** | | | |
| CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/10) INTRAVENOUS SOLUTION 4.25 % | | 4 | PA |
| CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/5) INTRAVENOUS SOLUTION 4.25 % | | 4 | PA |
| CLINIMIX/DEXTROSE (5/15) INTRAVENOUS SOLUTION 5 % | | 4 | PA |

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 13.

| Medicamento | Referencia de Marca | Nivel | Requisitos/Límites |
|---|---|---|---|
| CLINIMIX/DEXTROSE (5/20) INTRAVENOUS SOLUTION 5 % | | 4 | PA |
| *dextrose intravenous solution 10 %, 5 %* | | 2 | |
| *dextrose-sodium chloride intravenous solution 10-0.2 %, 10-0.45 %, 2.5-0.45 %, 5-0.2 %, 5-0.45 %, 5-0.9 %* | | 2 | |
| INTRALIPID INTRAVENOUS EMULSION 20 %, 30 % | | 4 | PA |
| ISOLYTE-P IN D5W INTRAVENOUS SOLUTION | | 4 | |
| *levocarnitine oral solution 1 gm/10ml* | CARNITOR | 2 | MT |
| *levocarnitine oral tablet 330 mg* | CARNITOR | 2 | MT |
| NUTRILIPID INTRAVENOUS EMULSION 20 % | | 4 | PA |
| PREMASOL INTRAVENOUS SOLUTION 10 % | | 2 | PA |
| PROSOL INTRAVENOUS SOLUTION 20 % | | 4 | PA |
| TPN ELECTROLYTES INTRAVENOUS CONCENTRATE | | 3 | PA |
| TRAVASOL INTRAVENOUS SOLUTION 10 % | | 4 | PA |
| TROPHAMINE INTRAVENOUS SOLUTION 10 % | | 4 | PA |
| ***Electrólitos / Minerales/ Modificadores De Metales*** | | | |
| CHEMET ORAL CAPSULE 100 MG | | 4 | |
| *deferasirox oral tablet soluble 125 mg, 250 mg, 500 mg* | EXJADE | 2 | PA; MT |
| *deferiprone oral tablet 1000 mg* | FERRIPROX | 5 | PA; LA |
| *deferiprone oral tablet 500 mg* | | 5 | PA; LA |
| FERRIPROX ORAL SOLUTION 100 MG/ML | | 5 | PA; LA |
| KLOR-CON ORAL PACKET 20 MEQ | | 2 | MT |
| *penicillamine oral tablet 250 mg* | DEPEN TITRATABS | 5 | |
| *potassium chloride crys er oral tablet extended release 15 meq* | | 2 | MT |
| *tolvaptan oral tablet 15 mg* | JYNARQUE | 5 | PA; LA; QL (240 EA per 30 days) |

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 13.

| Medicamento | Referencia de Marca | Nivel | Requisitos/Límites |
|---|---|---|---|
| *tolvaptan oral tablet 30 mg* | JYNARQUE | 5 | PA; LA; QL (120 EA per 30 days) |
| *tolvaptan oral tablet therapy pack 15 mg, 30 & 15 mg, 45 & 15 mg, 60 & 30 mg, 90 & 30 mg* | JYNARQUE | 5 | PA; LA; QL (56 EA per 28 days) |
| *trientine hcl oral capsule 250 mg* | SYPRINE | 5 | |
| ***Electrólitos / Reemplazo De Minerales*** | | | |
| *carglumic acid oral tablet soluble 200 mg* | CARBAGLU | 5 | PA; LA |
| ISOLYTE-S PH 7.4 INTRAVENOUS SOLUTION | | 4 | |
| *kcl in dextrose-nacl intravenous solution 10-5-0.45 meq/l-%-%, 20-5-0.45 meq/l-%-%, 40-5-0.45 meq/l-%-%* | | 2 | |
| KLOR-CON 10 ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 10 MEQ | | 2 | MT |
| KLOR-CON M10 ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 10 MEQ | | 2 | MT |
| KLOR-CON M15 ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 15 MEQ | | 2 | MT |
| KLOR-CON M20 ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 20 MEQ | | 2 | MT |
| KLOR-CON ORAL PACKET 20 MEQ | | 2 | MT |
| KLOR-CON ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 8 MEQ | | 2 | MT |
| *magnesium sulfate injection solution 50 %, 50 % (10ml syringe)* | | 2 | |
| PLASMA-LYTE A INTRAVENOUS SOLUTION | | 4 | |
| *potassium chloride crys er oral tablet extended release 10 meq* | | 2 | MT |
| *potassium chloride crys er oral tablet extended release 15 meq* | | 2 | MT |
| *potassium chloride crys er oral tablet extended release 20 meq* | | 2 | MT |
| *potassium chloride er oral capsule extended release 10 meq, 8 meq* | | 2 | MT |
| *potassium chloride er oral tablet extended release 10 meq* | | 2 | MT |

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 13.

| Medicamento | Referencia de Marca | Nivel | Requisitos/Límites |
|---|---|---|---|
| *potassium chloride er oral tablet extended release 20 meq* | | 2 | MT |
| *potassium chloride er oral tablet extended release 8 meq* | | 2 | MT |
| *potassium chloride in nacl intravenous solution 20-0.45 meq/l-%, 20-0.9 meq/l-%, 40-0.9 meq/l-%* | | 2 | |
| *potassium chloride intravenous solution 10 meq/100ml, 2 meq/ml, 2 meq/ml (20 ml), 20 meq/100ml* | | 2 | |
| *potassium chloride oral packet 20 meq* | | 2 | MT |
| *potassium chloride oral solution 20 meq/15ml (10%), 40 meq/15ml (20%)* | | 2 | MT |
| *potassium citrate er oral tablet extended release 10 meq (1080 mg)* | UROCIT-K 10 | 2 | |
| *potassium citrate er oral tablet extended release 15 meq (1620 mg)* | UROCIT-K 15 | 2 | |
| *potassium citrate er oral tablet extended release 5 meq (540 mg)* | | 2 | |
| *sodium chloride intravenous solution 0.45 %, 0.9 %, 3 %, 5 %* | | 2 | |
| *sodium chloride irrigation solution 0.9 %* | ARGYLE STERILE SALINE | 2 | |
| *sodium fluoride oral tablet 2.2 (1 f) mg* | | 2 | MT |
| ***Enlazadores De Fósfato*** | | | |
| *calcium acetate (phos binder) oral capsule 667 mg* | | 2 | MT; QL (360 EA per 30 days) |
| *calcium acetate (phos binder) oral tablet 667 mg* | CALPHRON | 2 | MT |
| *lanthanum carbonate oral tablet chewable 1000 mg, 500 mg, 750 mg* | FOSRENOL | 4 | MT |
| *sevelamer carbonate oral packet 0.8 gm* | RENVELA | 2 | MT; QL (540 EA per 30 days) |
| *sevelamer carbonate oral packet 2.4 gm* | RENVELA | 2 | MT; QL (180 EA per 30 days) |
| *sevelamer carbonate oral tablet 800 mg* | RENVELA | 2 | MT; QL (540 EA per 30 days) |
| *sevelamer hcl oral tablet 400 mg, 800 mg* | | 2 | MT |
| ***Ligantes De Potasio*** | | | |

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 13.

| Medicamento | Referencia de Marca | Nivel | Requisitos/Límites |
|---|---|---|---|
| LOKELMA ORAL PACKET 10 GM, 5 GM | | 3 | MT |
| *sodium polystyrene sulfonate combination suspension 15 gm/60ml* | SPS (SODIUM POLYSTYRENE SULF) | 4 | |
| *sodium polystyrene sulfonate oral powder* | | 2 | |
| SPS (SODIUM POLYSTYRENE SULF) COMBINATION SUSPENSION 15 GM/60ML | | 4 | |
| ***Vitaminas*** | | | |
| KLOR-CON 10 ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 10 MEQ | | 2 | MT |
| *potassium chloride crys er oral tablet extended release 15 meq* | | 2 | MT |
| *prenatal oral tablet 27-1 mg* | | 2 | |
| **Antídotos** | | | |
| ***Antídotos, Sistémico*** | | | |
| *flumazenil intravenous solution 0.5 mg/5ml* | | 2 | QL (10 ML per 30 days) |
| *flumazenil intravenous solution 1 mg/10ml* | | 2 | QL (20 ML per 30 days) |
| **Productos Sanguíneos Y Modificadores** | | | |
| ***Agentes Hemostáticos*** | | | |
| *tranexamic acid oral tablet 650 mg* | | 2 | |
| ***Agentes Modificadores De Plaquetas*** | | | |
| *aspirin-dipyridamole er oral capsule extended release 12 hour 25-200 mg* | | 2 | MT; FFL |
| *cilostazol oral tablet 100 mg, 50 mg* | | 2 | MT |
| *clopidogrel bisulfate oral tablet 75 mg* | PLAVIX | 2 | MT |
| *prasugrel hcl oral tablet 10 mg, 5 mg* | EFFIENT | 2 | MT; FFL |
| *ticagrelor oral tablet 60 mg, 90 mg* | BRILINTA | 2 | MT; FFL |
| ***Anticoagulantes*** | | | |
| *dabigatran etexilate mesylate oral capsule 110 mg, 150 mg, 75 mg* | PRADAXA | 2 | MT; FFL |
| ELIQUIS (1.5 MG PACK) ORAL TABLET SOLUBLE 3 X 0.5 MG | | 3 | MT; FFL |

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 13.

| Medicamento | Referencia de Marca | Nivel | Requisitos/Límites |
|---|---|---|---|
| ELIQUIS (2 MG PACK) ORAL TABLET SOLUBLE 4 X 0.5 MG | | 3 | MT; FFL |
| ELIQUIS DVT/PE STARTER PACK ORAL TABLET THERAPY PACK 5 MG | | 3 | |
| ELIQUIS ORAL CAPSULE SPRINKLE 0.15 MG | | 3 | MT; FFL |
| ELIQUIS ORAL TABLET 2.5 MG, 5 MG | | 3 | MT; FFL |
| ELIQUIS ORAL TABLET SOLUBLE 0.5 MG | | 3 | MT; FFL |
| *enoxaparin sodium injection solution prefilled syringe 100 mg/ml, 150 mg/ml* | LOVENOX | 2 | QL (60 ML per 30 days) |
| *enoxaparin sodium injection solution prefilled syringe 120 mg/0.8ml, 80 mg/0.8ml* | LOVENOX | 2 | QL (48 ML per 30 days) |
| *enoxaparin sodium injection solution prefilled syringe 30 mg/0.3ml* | LOVENOX | 2 | QL (18 ML per 30 days) |
| *enoxaparin sodium injection solution prefilled syringe 40 mg/0.4ml* | LOVENOX | 2 | QL (24 ML per 30 days) |
| *enoxaparin sodium injection solution prefilled syringe 60 mg/0.6ml* | LOVENOX | 2 | QL (36 ML per 30 days) |
| *fondaparinux sodium subcutaneous solution 10 mg/0.8ml* | ARIXTRA | 5 | QL (24 ML per 30 days) |
| *fondaparinux sodium subcutaneous solution 2.5 mg/0.5ml* | ARIXTRA | 2 | QL (15 ML per 30 days) |
| *fondaparinux sodium subcutaneous solution 5 mg/0.4ml* | ARIXTRA | 5 | QL (12 ML per 30 days) |
| *fondaparinux sodium subcutaneous solution 7.5 mg/0.6ml* | ARIXTRA | 5 | QL (18 ML per 30 days) |
| *heparin sodium (porcine) injection solution 1000 unit/ml, 10000 unit/ml, 20000 unit/ml, 5000 unit/ml* | | 2 | |
| JANTOVEN ORAL TABLET 1 MG, 10 MG, 2 MG, 2.5 MG, 3 MG, 4 MG, 5 MG, 6 MG, 7.5 MG | | 2 | MT; FFL |
| *rivaroxaban oral suspension reconstituted 1 mg/ml* | XARELTO | 2 | MT; QL (900 ML per 30 days); FFL |
| *rivaroxaban oral tablet 2.5 mg* | XARELTO | 2 | MT; QL (60 EA per 30 days); FFL |

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 13.

| Medicamento | Referencia de Marca | Nivel | Requisitos/Límites |
|---|---|---|---|
| *warfarin sodium oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 2.5 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg, 6 mg, 7.5 mg* | | 2 | MT; FFL |
| XARELTO ORAL TABLET 10 MG, 20 MG | | 3 | MT; QL (30 EA per 30 days); FFL |
| XARELTO ORAL TABLET 15 MG | | 3 | MT; QL (60 EA per 30 days); FFL |
| XARELTO STARTER PACK ORAL TABLET THERAPY PACK 15 & 20 MG | | 3 | QL (51 EA per 30 days) |
| ***Productos Sanguíneos Y Modificadores, Otros*** | | | |
| *anagrelide hcl oral capsule 0.5 mg* | AGRYLIN | 2 | MT |
| *anagrelide hcl oral capsule 1 mg* | | 2 | MT |
| *eltrombopag olamine oral packet 12.5 mg* | PROMACTA | 5 | PA; QL (360 EA per 30 days) |
| *eltrombopag olamine oral packet 25 mg* | PROMACTA | 5 | PA; QL (180 EA per 30 days) |
| *eltrombopag olamine oral tablet 12.5 mg* | PROMACTA | 5 | PA; QL (360 EA per 30 days) |
| *eltrombopag olamine oral tablet 25 mg* | PROMACTA | 5 | PA; QL (180 EA per 30 days) |
| *eltrombopag olamine oral tablet 50 mg* | PROMACTA | 5 | PA; QL (90 EA per 30 days) |
| *eltrombopag olamine oral tablet 75 mg* | PROMACTA | 5 | PA; QL (60 EA per 30 days) |
| LEUKINE INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 250 MCG | | 5 | PA |
| NIVESTYM INJECTION SOLUTION 300 MCG/ML, 480 MCG/1.6ML | | 5 | PA |
| NIVESTYM INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE 300 MCG/0.5ML, 480 MCG/0.8ML | | 5 | PA |
| RETACRIT INJECTION SOLUTION 10000 UNIT/ML, 10000 UNIT/ML(1ML), 2000 UNIT/ML, 3000 UNIT/ML, 4000 UNIT/ML | | 3 | PA |
| RETACRIT INJECTION SOLUTION 20000 UNIT/ML | | 4 | PA |
| RETACRIT INJECTION SOLUTION 40000 UNIT/ML | | 5 | PA |

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 13.

| Medicamento | Referencia de Marca | Nivel | Requisitos/Límites |
|---|---|---|---|
| XOLREMDI ORAL CAPSULE 100 MG | | 5 | PA; LA; QL (120 EA per 30 days) |
| ZARXIO INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE 300 MCG/0.5ML, 480 MCG/0.8ML | | 5 | PA |
| **Reguladores De Glucosa En Sangre** | | | |
| ***Agentes Antidiabéticos*** | | | |
| *acarbose oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg* | | 1 | MT; QL (90 EA per 30 days) |
| *alogliptin benzoate oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 6.25 mg* | | 1 | MT; QL (30 EA per 30 days) |
| *alogliptin-metformin hcl oral tablet 12.5-1000 mg, 12.5-500 mg* | | 1 | MT; QL (60 EA per 30 days) |
| *alogliptin-pioglitazone oral tablet 12.5-30 mg, 25-15 mg, 25-30 mg, 25-45 mg* | | 1 | MT; QL (30 EA per 30 days) |
| *colesevelam hcl oral packet 3.75 gm* | WELCHOL | 2 | MT |
| *colesevelam hcl oral tablet 625 mg* | WELCHOL | 2 | MT |
| *dapaglifloz base-metformin er oral tablet extended release 24 hour 10-1000 mg, 10-500 mg* | XIGDUO XR | 2 | MT; QL (30 EA per 30 days) |
| *dapaglifloz base-metformin er oral tablet extended release 24 hour 5-1000 mg, 5-500 mg* | XIGDUO XR | 2 | MT; QL (60 EA per 30 days) |
| *dapagliflozin oral tablet 10 mg, 5 mg* | FARXIGA | 2 | MT; QL (30 EA per 30 days) |
| FARXIGA ORAL TABLET 10 MG, 5 MG | | 3 | MT; QL (30 EA per 30 days); FFL |
| *glimepiride oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg* | | 1 | MT; QL (60 EA per 30 days) |
| *glipizide er oral tablet extended release 24 hour 10 mg, 2.5 mg* | | 1 | MT; QL (60 EA per 30 days) |
| *glipizide er oral tablet extended release 24 hour 5 mg* | GLUCOTROL XL | 1 | MT; QL (60 EA per 30 days) |
| *glipizide oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg* | | 1 | MT; QL (120 EA per 30 days) |
| *glipizide oral tablet 15 mg* | | 1 | MT; QL (60 EA per 30 days) |

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 13.

| Medicamento | Referencia de Marca | Nivel | Requisitos/Límites |
|---|---|---|---|
| *glipizide-metformin hcl oral tablet 2.5-250 mg, 2.5-500 mg, 5-500 mg* | | 1 | MT; QL (120 EA per 30 days) |
| GLYXAMBI ORAL TABLET 10-5 MG, 25-5 MG | | 3 | MT; QL (30 EA per 30 days); FFL |
| JANUMET ORAL TABLET 50-1000 MG, 50-500 MG | | 3 | MT; QL (60 EA per 30 days); FFL |
| JANUMET XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 100-1000 MG | | 3 | MT; QL (30 EA per 30 days); FFL |
| JANUMET XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 50-1000 MG, 50-500 MG | | 3 | MT; QL (60 EA per 30 days); FFL |
| JARDIANCE ORAL TABLET 10 MG, 25 MG | | 3 | MT; QL (30 EA per 30 days); FFL |
| JENTADUETO ORAL TABLET 2.5-1000 MG, 2.5-500 MG, 2.5-850 MG | | 3 | MT; QL (60 EA per 30 days); FFL |
| JENTADUETO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 2.5-1000 MG | | 3 | MT; QL (60 EA per 30 days); FFL |
| JENTADUETO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 5-1000 MG | | 3 | MT; QL (30 EA per 30 days); FFL |
| *liraglutide subcutaneous solution pen-injector 18 mg/3ml* | VICTOZA | 2 | PA; MT; QL (9 ML per 30 days); FFL |
| *metformin hcl er oral tablet extended release 24 hour 500 mg* | | 1 | MT; QL (120 EA per 30 days) |
| *metformin hcl er oral tablet extended release 24 hour 750 mg* | | 1 | MT; QL (60 EA per 30 days) |
| *metformin hcl oral tablet 1000 mg* | | 1 | MT; QL (60 EA per 30 days) |
| *metformin hcl oral tablet 500 mg, 850 mg* | | 1 | MT; QL (90 EA per 30 days) |
| *miglitol oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg* | | 1 | MT; QL (90 EA per 30 days) |
| MOUNJARO SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 10 MG/0.5ML, 12.5 MG/0.5ML, 15 MG/0.5ML, 5 MG/0.5ML, 7.5 MG/0.5ML | | 3 | PA; MT; QL (2 ML per 28 days); FFL |

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 13.

| Medicamento | Referencia de Marca | Nivel | Requisitos/Límites |
|---|---|---|---|
| MOUNJARO SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 2.5 MG/0.5ML | | 3 | PA; QL (2 ML per 28 days) |
| *nateglinide oral tablet 120 mg, 60 mg* | | 2 | MT; QL (90 EA per 30 days) |
| OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 2 MG/3ML | | 3 | PA; MT; QL (3 ML per 28 days); FFL |
| OZEMPIC (1 MG/DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 4 MG/3ML | | 3 | PA; MT; QL (3 ML per 28 days); FFL |
| OZEMPIC (2 MG/DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 8 MG/3ML | | 3 | PA; MT; QL (3 ML per 28 days); FFL |
| OZEMPIC ORAL TABLET 1.5 MG | | 3 | PA; QL (30 EA per 30 days) |
| OZEMPIC ORAL TABLET 4 MG, 9 MG | | 3 | PA; MT; QL (30 EA per 30 days); FFL |
| *pioglitazone hcl oral tablet 15 mg, 30 mg, 45 mg* | ACTOS | 1 | MT; QL (30 EA per 30 days) |
| *pioglitazone hcl-glimepiride oral tablet 30-2 mg, 30-4 mg* | DUETACT | 1 | MT; QL (30 EA per 30 days) |
| *pioglitazone hcl-metformin hcl oral tablet 15-500 mg* | | 2 | MT; QL (90 EA per 30 days) |
| *pioglitazone hcl-metformin hcl oral tablet 15-850 mg* | ACTOPLUS MET | 2 | MT; QL (90 EA per 30 days) |
| *repaglinide oral tablet 0.5 mg, 1 mg* | | 2 | MT; QL (120 EA per 30 days) |
| *repaglinide oral tablet 2 mg* | | 2 | MT; QL (240 EA per 30 days) |
| *saxagliptin hcl oral tablet 2.5 mg* | | 1 | MT; QL (60 EA per 30 days) |
| *saxagliptin hcl oral tablet 5 mg* | | 1 | MT; QL (30 EA per 30 days) |
| *saxagliptin-metformin er oral tablet extended release 24 hour 2.5-1000 mg* | | 1 | MT; QL (60 EA per 30 days) |
| *saxagliptin-metformin er oral tablet extended release 24 hour 5-1000 mg, 5-500 mg* | | 1 | MT; QL (30 EA per 30 days) |
| *sitagliptin phosphate oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg* | JANUVIA | 2 | MT; QL (30 EA per 30 days) |

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 13.

| Medicamento | Referencia de Marca | Nivel | Requisitos/Límites |
|---|---|---|---|
| SYNJARDY ORAL TABLET 12.5-1000 MG, 12.5-500 MG, 5-1000 MG, 5-500 MG | | 3 | MT; QL (60 EA per 30 days); FFL |
| SYNJARDY XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 10-1000 MG, 12.5-1000 MG, 5-1000 MG | | 3 | MT; QL (60 EA per 30 days); FFL |
| SYNJARDY XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 25-1000 MG | | 3 | MT; QL (30 EA per 30 days); FFL |
| TRADJENTA ORAL TABLET 5 MG | | 3 | MT; QL (30 EA per 30 days); FFL |
| TRIJARDY XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 10-5-1000 MG, 25-5-1000 MG | | 3 | MT; QL (30 EA per 30 days); FFL |
| TRIJARDY XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 12.5-2.5-1000 MG, 5-2.5-1000 MG | | 3 | MT; QL (60 EA per 30 days); FFL |
| TRULICITY SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 0.75 MG/0.5ML, 1.5 MG/0.5ML, 3 MG/0.5ML, 4.5 MG/0.5ML | | 3 | PA; MT; QL (2 ML per 28 days); FFL |
| WEGOVY SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 0.25 MG/0.5ML, 0.5 MG/0.5ML, 1 MG/0.5ML | | 3 | PA; QL (2 ML per 28 days) |
| WEGOVY SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 1.7 MG/0.75ML, 2.4 MG/0.75ML | | 3 | PA; MT; QL (3 ML per 28 days); FFL |
| ***Agentes Glicémicos*** | | | |
| *diazoxide oral suspension 50 mg/ml* | PROGLYCEM | 5 | |
| *glucagon emergency injection solution reconstituted 1 mg* | | 4 | |
| GVOKE HYPOPEN 2-PACK SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 1 MG/0.2ML | | 3 | |
| GVOKE KIT SUBCUTANEOUS SOLUTION 1 MG/0.2ML | | 3 | |
| GVOKE PFS SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 1 MG/0.2ML | | 3 | |

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 13.

| Medicamento | Referencia de Marca | Nivel | Requisitos/Límites |
|---|---|---|---|
| *mifepristone oral tablet 300 mg* | KORLYM | 5 | PA; LA; QL (120 EA per 30 days) |
| ***Insulinas*** | | | |
| ASSURE ID INSULIN SAFETY SYR 29G X 1/2" 1 ML | | 6 | |
| COMFORT ASSIST INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 1 ML | | 6 | |
| *gauze sterile pad 2"x2"* | | 3 | |
| EXEL COMFORT POINT PEN NEEDLE 29G X 12MM | | 6 | |
| HUMALOG INJECTION SOLUTION 100 UNIT/ML | | 4 | MT; QL (40 ML per 30 days) |
| HUMALOG JUNIOR KWIKPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML | | 4 | MT; QL (45 ML per 30 days) |
| HUMALOG KWIKPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML | | 4 | MT; QL (45 ML per 30 days) |
| HUMALOG KWIKPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 200 UNIT/ML | | 4 | MT; QL (42 ML per 30 days) |
| HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR (50-50) 100 UNIT/ML | | 4 | MT; QL (45 ML per 30 days) |
| HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR (75-25) 100 UNIT/ML | | 4 | MT; QL (45 ML per 30 days) |
| HUMALOG MIX 75/25 SUBCUTANEOUS SUSPENSION (75-25) 100 UNIT/ML | | 4 | MT; QL (40 ML per 30 days) |
| HUMALOG SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 100 UNIT/ML | | 4 | MT; QL (40 ML per 30 days) |
| HUMULIN 70/30 KWIKPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR (70-30) 100 UNIT/ML | | 6 | MT; QL (45 ML per 30 days) |
| HUMULIN 70/30 SUBCUTANEOUS SUSPENSION (70-30) 100 UNIT/ML | | 6 | MT; QL (40 ML per 30 days) |
| HUMULIN N KWIKPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML | | 6 | MT; QL (45 ML per 30 days) |

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 13.

| Medicamento | Referencia de Marca | Nivel | Requisitos/Límites |
|---|---|---|---|
| HUMULIN N SUBCUTANEOUS SUSPENSION 100 UNIT/ML | | 6 | MT; QL (40 ML per 30 days) |
| HUMULIN R INJECTION SOLUTION 100 UNIT/ML | | 6 | MT; QL (40 ML per 30 days) |
| HUMULIN R U-500 KWIKPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 500 UNIT/ML | | 5 | QL (42 ML per 30 days) |
| *insulin glargine-yfgn subcutaneous solution 100 unit/ml* | SEMGLEE (YFGN) | 6 | MT; QL (40 ML per 30 days) |
| *insulin glargine-yfgn subcutaneous solution pen-injector 100 unit/ml* | SEMGLEE (YFGN) | 6 | MT; QL (45 ML per 30 days) |
| *insulin lispro (1 unit dial) subcutaneous solution pen-injector 100 unit/ml* | HUMALOG KWIKPEN | 6 | MT; QL (45 ML per 30 days) |
| *insulin lispro injection solution 100 unit/ml* | HUMALOG | 6 | MT; QL (40 ML per 30 days) |
| *insulin lispro junior kwikpen subcutaneous solution pen-injector 100 unit/ml* | HUMALOG JUNIOR KWIKPEN | 6 | MT; QL (45 ML per 30 days) |
| *insulin lispro prot & lispro subcutaneous suspension pen-injector (75-25) 100 unit/ml* | HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN | 6 | MT; QL (45 ML per 30 days) |
| LANTUS SOLOSTAR SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML | | 6 | MT; QL (45 ML per 30 days) |
| LANTUS SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML | | 6 | MT; QL (40 ML per 30 days) |
| NOVOLIN R FLEXPEN INJECTION SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML | | 4 | MT; QL (45 ML per 30 days) |
| *preferred plus insulin syringe 28g x 1/2" 0.5 ml* | BD INSULIN SYRINGE MICROFINE | 6 | |
| RELI-ON INSULIN SYRINGE 29G 0.3 ML | | 6 | |
| SOLIQUA SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100-33 UNT-MCG/ML | | 4 | MT; QL (45 ML per 30 days) |
| TOUJEO MAX SOLOSTAR SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 300 UNIT/ML | | 4 | MT; QL (42 ML per 30 days) |

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 13.

| Medicamento | Referencia de Marca | Nivel | Requisitos/Límites |
|---|---|---|---|
| TOUJEO SOLOSTAR SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 300 UNIT/ML | | 4 | MT; QL (40.5 ML per 30 days) |
| TRESIBA FLEXTOUCH SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML, 200 UNIT/ML | | 4 | MT; QL (45 ML per 30 days) |
| TRESIBA SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML | | 4 | MT; QL (40 ML per 30 days) |
| **Relajantes Musculo Esqueletales** | | | |
| ***Relajantes Musculo Esqueletales*** | | | |
| *chlorzoxazone oral tablet 500 mg* | | 2 | |
| *cyclobenzaprine hcl oral tablet 10 mg, 5 mg* | | 2 | PA |
| *cyclobenzaprine hcl oral tablet 7.5 mg* | FEXMID | 2 | PA |
| *orphenadrine citrate er oral tablet extended release 12 hour 100 mg* | | 2 | |
| *orphenadrine citrate injection solution 30 mg/ml* | | 2 | |
| **Trastorno Genético O De Enzimas O Proteínas: Reemplazo, Modificadores, Tratamiento** | | | |
| ***Trastorno Genético O De Enzimas O Proteínas: Reemplazo, Modificadores, Tratamiento*** | | | |
| *betaine oral powder* | CYSTADANE | 5 | LA |
| CERDELGA ORAL CAPSULE 84 MG | | 5 | LA |
| CHOLBAM ORAL CAPSULE 250 MG, 50 MG | | 5 | PA; LA |
| CREON ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE PARTICLES 12000-38000 UNIT, 24000-76000 UNIT, 3000-9500 UNIT, 36000-114000 UNIT, 6000-19000 UNIT | | 3 | MT; FFL |
| CYSTAGON ORAL CAPSULE 150 MG, 50 MG | | 3 | MT; LA; FFL |
| DAYBUE ORAL SOLUTION 200 MG/ML | | 5 | PA; QL (3600 ML per 30 days) |

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 13.

| Medicamento | Referencia de Marca | Nivel | Requisitos/Límites |
|---|---|---|---|
| EVRYSDI ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 0.75 MG/ML | | 5 | PA; QL (240 ML per 30 days) |
| EVRYSDI ORAL TABLET 5 MG | | 5 | PA; QL (30 EA per 30 days) |
| *glycerol phenylbutyrate oral liquid 1.1 gm/ml* | RAVICTI | 5 | PA |
| JOENJA ORAL TABLET 70 MG | | 5 | PA; QL (60 EA per 30 days) |
| *l-glutamine oral packet 5 gm* | ENDARI | 5 | PA; QL (180 EA per 30 days) |
| *miglustat oral capsule 100 mg* | YARGESA | 5 | PA; LA; QL (90 EA per 30 days) |
| *nitisinone oral capsule 10 mg, 2 mg, 20 mg, 5 mg* | ORFADIN | 5 | PA |
| NITYR ORAL TABLET 10 MG, 2 MG, 5 MG | | 5 | PA; LA |
| ORFADIN ORAL SUSPENSION 4 MG/ML | | 5 | PA; LA |
| PHEBURANE ORAL PELLET 483 MG/GM | | 5 | PA; LA |
| PROLASTIN-C INTRAVENOUS SOLUTION 1000 MG/20ML | | 5 | PA; LA |
| PYRUKYND ORAL TABLET 20 MG, 5 MG, 50 MG | | 5 | PA; LA; QL (56 EA per 28 days) |
| PYRUKYND TAPER PACK ORAL TABLET THERAPY PACK 5 MG | | 5 | PA; LA; QL (7 EA per 7 days) |
| PYRUKYND TAPER PACK ORAL TABLET THERAPY PACK 7 X 20 MG & 7 X 5 MG, 7 X 50 MG & 7 X 20 MG | | 5 | PA; LA; QL (14 EA per 14 days) |
| *sapropterin dihydrochloride oral packet 100 mg, 500 mg* | JAVYGTOR | 5 | PA |
| *sapropterin dihydrochloride oral tablet 100 mg* | JAVYGTOR | 5 | PA |
| SIKLOS ORAL TABLET 100 MG, 1000 MG | | 3 | |
| SKYCLARYS ORAL CAPSULE 50 MG | | 5 | PA; LA; QL (90 EA per 30 days) |
| *sodium phenylbutyrate oral powder 3 gm/tsp* | BUPHENYL | 5 | PA |
| *sodium phenylbutyrate oral tablet 500 mg* | BUPHENYL | 5 | PA |

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 13.

| Medicamento | Referencia de Marca | Nivel | Requisitos/Límites |
|---|---|---|---|
| SUCRAID ORAL SOLUTION 8500 UNIT/ML | | 5 | LA |
| VIJOICE ORAL PACKET 50 MG | | 5 | PA; QL (28 EA per 28 days) |
| VIJOICE ORAL TABLET THERAPY PACK 125 MG, 50 MG | | 5 | PA; LA; QL (28 EA per 28 days) |
| VIJOICE ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 50 MG | | 5 | PA; LA; QL (56 EA per 28 days) |
| VYNDAMAX ORAL CAPSULE 61 MG | | 5 | PA; QL (30 EA per 30 days) |
| VYVGART HYTRULO SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 1000-10000 MG-UNT/5ML | | 5 | PA; LA; QL (20 ML per 28 days) |
| WELIREG ORAL TABLET 40 MG | | 5 | PA; LA; QL (90 EA per 30 days) |
| ZENPEP ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE PARTICLES 10000-32000 UNIT, 15000-47000 UNIT, 20000-63000 UNIT, 25000-79000 UNIT, 3000-10000 UNIT, 40000-126000 UNIT, 5000-24000 UNIT, 60000-189600 UNIT | | 4 | MT; FFL |

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 13.

## Índice de Medicamentos


**A**
*abacavir sulfate* ..... 130
*abacavir sulfate-lamivudine* . 130
ABILIFY ASIMTUFII . 102, 124
ABILIFY MAINTENA 103, 124
*abiraterone acetate* ..... 110, 111
ABRYSVO ..... 62
*acamprosate calcium* ..... 72
*acarbose* ..... 139
ACCUTANE ..... 34
*acebutolol hcl* ..... 20
*acetaminophen-codeine* .... 84, 85
*acetazolamide* ..... 21, 66
*acetazolamide er* ..... 66
*acetic acid* ..... 69
*acetylcysteine* ..... 78
*acitretin* ..... 34
ACTHAR ..... 44
ACTHAR GEL ..... 44
ACTHIB ..... 62
ACTIMMUNE ..... 58
*acyclovir* ..... 38, 128
*acyclovir sodium* ..... 128
ADACEL ..... 62
*adapalene* ..... 34
*adefovir dipivoxil* ..... 127
ADEMPAS ..... 80
ADVAIR HFA ..... 78
AIMOVIG ..... 73
AKEEGA ..... 113
*albendazole* ..... 122
*albuterol sulfate* ..... 83
*albuterol sulfate hfa* ..... 83
*alclometasone dipropionate* ... 35
ALECENSA ..... 113
*alendronate sodium* ..... 77
*alfuzosin hcl er* ..... 43
*aliskiren fumarate* ..... 21
*allopurinol* ..... 17
*alogliptin benzoate* ..... 139
*alogliptin-metformin hcl* ..... 139
*alogliptin-pioglitazone* ..... 139
*alosetron hcl* ..... 39
ALPHAGAN P ..... 66
*alprazolam* ..... 89
ALTAVERA ..... 45, 49
ALUNBRIG ..... 113
ALYQ ..... 81
*amantadine hcl* ..... 74, 131
*ambrisentan* ..... 81
*amikacin sulfate* ..... 91
*amiloride hcl* ..... 28
*amiloride-hydrochlorothiazide* ..... 21
*amiodarone hcl* ..... 26
*amitriptyline hcl* ..... 106
*amlodipine besy-benazepril hcl* ..... 21
*amlodipine besylate* ..... 23
*amlodipine besylate-valsartan* 21
*amlodipine-atorvastatin* ..... 21
*amlodipine-olmesartan* ..... 21
*amlodipine-valsartan-hctz* ..... 21
*ammonium lactate* ..... 35
AMNESTEEM ..... 34
*amoxapine* ..... 106
*amoxicillin* ..... 94
*amoxicillin-pot clavulanate* .... 94
*amoxicillin-pot clavulanate er* 94
*amphetamine-dextroamphet er* ..... 32
*amphetamine-dextroamphetamine* ..... 32
*amphotericin b* ..... 108
*amphotericin b liposome* ..... 108
*ampicillin* ..... 94
*ampicillin sodium* ..... 94, 95
*ampicillin-sulbactam sodium* . 95
*anagrelide hcl* ..... 138
*anastrozole* ..... 112
APOKYN ..... 74
*apomorphine hcl* ..... 74
*aprepitant* ..... 107
APRI ..... 45, 49
APTIVUS ..... 131
ARANELLE ..... 45, 49
ARCALYST ..... 56
AREXVY ..... 62
ARIKAYCE ..... 91
*aripiprazole* ..... 103, 124
ARISTADA ..... 124
ARISTADA INITIO ..... 124
*armodafinil* ..... 70
*asenapine maleate* ..... 17, 124
*aspirin-dipyridamole er* ..... 136
ASSURE ID INSULIN SAFETY SYR ..... 143
*atazanavir sulfate* ..... 131
*atenolol* ..... 20
*atenolol-chlorthalidone* ..... 21
*atomoxetine hcl* ..... 32
*atorvastatin calcium* ..... 27
*atovaquone* ..... 122
*atovaquone-proguanil hcl* .... 122
*atropine sulfate* ..... 67
ATROVENT HFA ..... 82
AUBRA EQ ..... 45, 49
AUGTYRO ..... 113
AUSTEDO ..... 30
AUSTEDO XR ..... 30, 31
AUSTEDO XR PATIENT TITRATION ..... 31
AUVELITY ..... 103
AVIANE ..... 45, 49
AVMAPKI FAKZYNJA CO-PACK ..... 113
AVONEX PEN ..... 33
AVONEX PREFILLED ..... 33
AYVAKIT ..... 113
AZASITE ..... 68
*azathioprine* ..... 59
*azelastine hcl* ..... 66, 81
*azithromycin* ..... 96
AZOPT ..... 66
*aztreonam* ..... 91
AZURETTE ..... 45
**B**
*bacitracin-polymyxin b* ..... 68
*bacitra-neomycin-polymyxin-hc* ..... 67
*baclofen* ..... 72
BAFIERTAM ..... 33
*balsalazide disodium* ..... 76
BALVERSA ..... 113
BALZIVA ..... 45, 50
BARACLUDE ..... 127
BAXDELA ..... 96
*bcg vaccine* ..... 62
BD ALCOHOL SWABS 70 % ..... 35
BELSOMRA ..... 70
*benazepril hcl* ..... 29

*benazepril-hydrochlorothiazide* ..... 21
BENLYSTA ..... 59
*benzoyl peroxide-erythromycin* ..... 34
*benztropine mesylate* ..... 75
*bepotastine besilate* ..... 66
BESIVANCE ..... 68
BESREMI ..... 58
BESREMI PEN ..... 58
*betaine* ..... 145
*betamethasone dipropionate* .. 36
*betamethasone dipropionate aug* ..... 36
*betamethasone valerate* ..... 36
BETASERON ..... 33
*betaxolol hcl* ..... 20, 65
*bethanechol chloride* ..... 42
*bexarotene* ..... 122
BEXSERO ..... 62
*bicalutamide* ..... 111
BICILLIN L-A ..... 95
BIJUVA ..... 45
BIKTARVY ..... 128
BILDYOS ..... 77
BILPREVDA ..... 78
*bimatoprost* ..... 69
*bisoprolol fumarate* ..... 20
*bisoprolol-hydrochlorothiazide* ..... 21
BOOSTRIX ..... 62
BOSULIF ..... 113
BRAFTOVI ..... 113
BREO ELLIPTA ..... 83
*briellyn* ..... 45, 50
*brimonidine tartrate* ..... 66
*brivaracetam* ..... 100
*bromocriptine mesylate* ... 54, 74, 75
BRUKINSA ..... 113
*budesonide* ..... 76, 82
*budesonide er* ..... 76
*budesonide-formoterol fumarate* ..... 78
*bumetanide* ..... 28, 29
*buprenorphine hcl* ..... 71
*buprenorphine hcl-naloxone hcl* ..... 71
*bupropion hcl* ..... 103
*bupropion hcl er (smoking det)* ..... 71
*bupropion hcl er (sr)* ..... 103
*bupropion hcl er (xl)* ..... 103
*buspirone hcl* ..... 89
*butalbital-acetaminophen* ..... 87
*butalbital-apap-caffeine* ..... 87
**C**
*cabergoline* ..... 54
CABOMETYX ..... 113
*calcipotriene* ..... 34
*calcitonin (salmon)* ..... 78
*calcitriol* ..... 78
*calcium acetate (phos binder)* ..... 135
CALQUENCE ..... 113
CAMILA ..... 50
CAMZYOS ..... 21
*candesartan cilexetil* ..... 25
*candesartan cilexetil-hctz* ..... 21
CAPLYTA ..... 125
CAPRELSA ..... 114
*captopril* ..... 29
*carbamazepine* ..... 18
*carbamazepine er* ..... 18, 98
*carbidopa-levodopa* ..... 75, 76
*carbidopa-levodopa er* ..... 75
*carbidopa-levodopa-entacapone* ..... 74
*carglumic acid* ..... 134
*carteolol hcl* ..... 65
CARTIA XT ..... 24
*carvedilol* ..... 20
*carvedilol phosphate er* ..... 20
*caspofungin acetate* ..... 108
CAYSTON ..... 79
*cefaclor* ..... 93
*cefaclor er* ..... 93
*cefadroxil* ..... 93
*cefazolin sodium* ..... 93
*cefdinir* ..... 93
*cefepime hcl* ..... 93
*cefixime* ..... 93
*cefoxitin sodium* ..... 93
*cefpodoxime proxetil* ..... 93
*cefprozil* ..... 93
*ceftaroline fosamil* ..... 93
*ceftazidime* ..... 93, 94
*ceftriaxone sodium* ..... 94
*cefuroxime axetil* ..... 94
*cefuroxime sodium* ..... 94
*celecoxib* ..... 87
*cephalexin* ..... 94
CERDELGA ..... 145
*cetirizine hcl* ..... 81
*cevimeline hcl* ..... 69
CHEMET ..... 133
*chlorhexidine gluconate* ..... 69
*chloroquine phosphate* ..... 122
*chlorpromazine hcl* ..... 107, 123
*chlorthalidone* ..... 29
*chlorzoxazone* ..... 145
CHOLBAM ..... 145
*cholestyramine* ..... 28
*cholestyramine light* ..... 27
*ciclopirox* ..... 38
*ciclopirox olamine* ..... 39
*cilostazol* ..... 136
CIMDUO ..... 130
*cimetidine* ..... 41
*cimetidine hcl* ..... 41
*cinacalcet hcl* ..... 78
*ciprofloxacin hcl* ..... 68, 97
*ciprofloxacin in d5w* ..... 97
*ciprofloxacin-dexamethasone* . 69
*citalopram hydrobromide* ..... 104
CLARAVIS ..... 34
*clarithromycin* ..... 96
*clarithromycin er* ..... 96
*clindamycin hcl* ..... 91
*clindamycin palmitate hcl* ..... 91
*clindamycin phos (once-daily)* 39
*clindamycin phos (twice-daily)* ..... 39
*clindamycin phosphate* ..... 39, 92
*clindamycin phosphate in d5w* 92
CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/10) ..... 132
CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/5) ..... 132
CLINIMIX/DEXTROSE (5/15) ..... 132
CLINIMIX/DEXTROSE (5/20) ..... 133
*clobazam* ..... 99
*clobetasol propionate* ..... 36
*clobetasol propionate e* ..... 36
*clomipramine hcl* ..... 106
*clonazepam* ..... 89, 99
*clonidine* ..... 25

*clonidine hcl* ..... 25
*clopidogrel bisulfate* ..... 136
*clorazepate dipotassium* ..... 89
*clotrimazole* ..... 108
*clotrimazole-betamethasone* ... 34
*clozapine* ..... 124
COARTEM ..... 122
COBENFY ..... 125
COBENFY STARTER PACK ..... 125
*colchicine* ..... 17
*colchicine-probenecid* ..... 17
*colesevelam hcl* ..... 28, 139
*colestipol hcl* ..... 28
*colistimethate sodium (cba)* ... 92
COMBIGAN ..... 66
COMBIVENT RESPIMAT ... 80
COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE) ..... 114
COMETRIQ (140 MG DAILY DOSE) ..... 114
COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE) ..... 114
COMFORT ASSIST INSULIN SYRINGE ..... 143
*constulose* ..... 39
COPIKTRA ..... 114
CORTROPHIN ..... 44
CORTROPHIN GEL ..... 44
COSENTYX ..... 56
COSENTYX (300 MG DOSE) ..... 56
COSENTYX SENSOREADY (300 MG) ..... 56
COSENTYX UNOREADY ... 56
COTELLIC ..... 114
CREON ..... 145
CRESEMBA ..... 108
*cromolyn sodium* ..... 66, 84
CRYSELLE ..... 45, 50
*cyclobenzaprine hcl* ..... 145
*cyclophosphamide* ..... 110
*cyclosporine* ..... 59
*cyclosporine (pf)* ..... 67
*cyclosporine modified* ..... 59
*cyproheptadine hcl* ..... 81
CYSTAGON ..... 145
CYSTARAN ..... 67

**D**

*dabigatran etexilate mesylate* ..... 136
*dalfampridine er* ..... 33
*danazol* ..... 48
*dantrolene sodium* ..... 72
DANZITEN ..... 114
*dapaglifloz base-metformin er* ..... 139
*dapagliflozin* ..... 139
*dapsone* ..... 109
DAPTACEL ..... 62
*daptomycin* ..... 92
*darunavir* ..... 132
*dasatinib* ..... 114
DAURISMO ..... 114
DAYBUE ..... 145
DEBLITANE ..... 50
*deferasirox* ..... 133
*deferiprone* ..... 133
DELSTRIGO ..... 129, 130
DENGVAXIA ..... 62
DEPO-SUBQ PROVERA 104 ..... 50
DESCOVY ..... 130
*desipramine hcl* ..... 106
*desloratadine* ..... 82
*desmopressin ace spray refrig* 53
*desmopressin acetate* ..... 53
*desonide* ..... 36
*desoximetasone* ..... 36
*desvenlafaxine er* ..... 104
*desvenlafaxine succinate er* .. 104
*dexamethasone* ..... 44, 76
*dexamethasone sodium phosphate* ..... 66
*dexlansoprazole* ..... 42
*dextroamphetamine sulfate* ..... 32
*dextromethorphan-quinidine* .. 31
*dextrose* ..... 133
*dextrose-sodium chloride* ..... 133
DIACOMIT ..... 100
*diazepam* ..... 89, 99
DIAZEPAM INTENSOL . 89, 99
*diazoxide* ..... 142
*diclofenac epolamine* ..... 87
*diclofenac potassium* ..... 87
*diclofenac sodium* ..... 66, 87
*diclofenac sodium er* ..... 87
*dicloxacillin sodium* ..... 95
*dicyclomine hcl* ..... 41
DIFICID ..... 96
*diflunisal* ..... 87
*digoxin* ..... 21, 22, 26
*dihydroergotamine mesylate* .. 73
DILANTIN ..... 98
DILANTIN INFATABS ..... 98
DILANTIN-125 ..... 98
*diltiazem hcl* ..... 24
*diltiazem hcl er* ..... 24
*diltiazem hcl er beads* ..... 24
*diltiazem hcl er coated beads* . 24
*dilt-xr* ..... 24
*dimethyl fumarate* ..... 33
*dimethyl fumarate starter pack* ..... 33
DIPENTUM ..... 76
*diphenoxylate-atropine* ..... 39
*disulfiram* ..... 72
*divalproex sodium* ..... 18, 19, 74, 100
*divalproex sodium er* 18, 74, 100
*dofetilide* ..... 26
*donepezil hcl* ..... 16
*dorzolamide hcl* ..... 66
*dorzolamide hcl-timolol mal* ... 66
*dorzolamide hcl-timolol mal pf* ..... 66
DOVATO ..... 128
*doxazosin mesylate* ..... 23, 43
*doxepin hcl* ..... 37, 70, 89, 106
DOXY 100 ..... 97
*doxycycline hyclate* ..... 69, 97
*doxycycline monohydrate* ..... 97
DRIZALMA SPRINKLE ..... 90, 105
*dronabinol* ..... 108
*drospirenone-ethinyl estradiol* 45
*droxidopa* ..... 25
*duloxetine hcl* ..... 31, 90, 105
DUPIXENT ..... 56
DUREZOL ..... 66
*dutasteride* ..... 43
*dutasteride-tamsulosin hcl* ..... 43

**E**

E.E.S. 400 ..... 96
*econazole nitrate* ..... 39, 108
EDURANT PED ..... 129
*efavirenz* ..... 129

*efavirenz-emtricitab-tenofo df* ..... 129, 130
*efavirenz-lamivudine-tenofovir* ..... 129, 130
*eletriptan hydrobromide* ..... 72
ELIGARD ..... 54
ELIQUIS ..... 137
ELIQUIS (1.5 MG PACK) .. 136
ELIQUIS (2 MG PACK) ..... 137
ELIQUIS DVT/PE STARTER PACK ..... 137
ELMIRON ..... 42
*eltrombopag olamine* ..... 138
EMEND ..... 108
EMGALITY ..... 73
EMGALITY (300 MG DOSE) ..... 73
EMSAM ..... 104
*emtricitabine* ..... 130
*emtricitabine-tenofovir df* ..... 130
*emtricitab-rilpivir-tenofov df* 129
EMTRIVA ..... 130
*enalapril maleate* ..... 29
*enalapril-hydrochlorothiazide* 22
ENBREL ..... 59
ENBREL MINI ..... 59
ENBREL SURECLICK ..... 59
ENGERIX-B ..... 63
*enoxaparin sodium* ..... 137
ENSACOVE ..... 114
ENSKYCE ..... 45, 50
*entacapone* ..... 74
*entecavir* ..... 127
ENTRESTO ..... 22
ENTYVIO PEN ..... 56
*enulose* ..... 40
ENVARSUS XR ..... 60
EPIDIOLEX ..... 100
*epinephrine* ..... 83
*eplerenone* ..... 26
ERIVEDGE ..... 114
ERLEADA ..... 111
*erlotinib hcl* ..... 114
ERRIN ..... 50
*ertapenem sodium* ..... 95
*ery* ..... 39
ERYTHROCIN LACTOBIONATE ..... 96
*erythromycin* ..... 39, 68, 96
*erythromycin base* ..... 96
*erythromycin ethylsuccinate* ... 96
*escitalopram oxalate* ..... 90, 105
*eslicarbazepine acetate* ..... 98
*esomeprazole magnesium* ..... 42
*estazolam* ..... 70
*estradiol* ..... 49
*estradiol valerate* ..... 49
*estrogens conjugated* ..... 49
*ethambutol hcl* ..... 110
*ethosuximide* ..... 99
*etodolac* ..... 87
*etodolac er* ..... 87
*etonogestrel-ethinyl estradiol* . 45
*etravirine* ..... 129
EUCRISA ..... 37
EULEXIN ..... 111
*everolimus* ..... 60, 114
EVESSE ..... 37
EVOTAZ ..... 132
EVRYSDI ..... 146
EXEL COMFORT POINT PEN NEEDLE ..... 143
*exemestane* ..... 112
EXXUA ..... 103
EXXUA TITRATION PACK ..... 103
*ezetimibe* ..... 28
*ezetimibe-simvastatin* ..... 28
**F**
FALMINA ..... 45, 50
*famciclovir* ..... 128
*famotidine* ..... 41
FANAPT ..... 125
FANAPT TITRATION PACK A ..... 125
FANAPT TITRATION PACK B ..... 125
FANAPT TITRATION PACK C ..... 125
FARXIGA ..... 139
FASENRA ..... 80
FASENRA PEN ..... 80
*febuxostat* ..... 17
FEIRZA 1.5/30 ..... 46, 50
FEIRZA 1/20 ..... 46, 50
*felbamate* ..... 100
*felodipine er* ..... 23
*fenofibrate* ..... 27
*fenofibrate micronized* ..... 27
*fenofibric acid* ..... 27
*fentanyl* ..... 85, 86
*fentanyl citrate (pf)* ..... 85
FERRIPROX ..... 133
FETZIMA ..... 105
FETZIMA TITRATION ..... 105
*fidaxomicin* ..... 96
FILSPARI ..... 22
*finasteride* ..... 43
*fingolimod hcl* ..... 33
FINTEPLA ..... 101
FIRMAGON ..... 54
FIRMAGON (240 MG DOSE) ..... 54
*flecainide acetate* ..... 26
*fluconazole* ..... 108
*fluconazole in sodium chloride* ..... 108
*flucytosine* ..... 108
*fludrocortisone acetate* ..... 44
*flumazenil* ..... 136
*flunisolide* ..... 82
*fluocinolone acetonide* ..... 37, 69
*fluocinolone acetonide scalp* .. 37
*fluocinonide* ..... 37
*fluocinonide emulsified base* .. 37
*fluorometholone* ..... 66
*fluorouracil* ..... 34, 35
*fluoxetine hcl* ..... 105
*fluphenazine decanoate* ..... 123
*fluphenazine hcl* ..... 123
*flurbiprofen* ..... 87
*flurbiprofen sodium* ..... 67
*fluticasone furoate ellipta* 79, 82, 83
*fluticasone furoate-vilanterol* . 83
*fluticasone propionate* ..... 37, 82
*fluticasone-salmeterol* ..... 79, 84
*fluvastatin sodium* ..... 27
*fluvoxamine maleate* ..... 105
*fluvoxamine maleate er* ..... 105
*fondaparinux sodium* ..... 137
*formoterol fumarate* ..... 84
*fosamprenavir calcium* ..... 132
*fosfomycin tromethamine* ..... 92
*fosinopril sodium* ..... 29
*fosinopril sodium-hctz* ..... 22
FOTIVDA ..... 114
FRUZAQLA ..... 114
*furosemide* ..... 29
FYAVOLV ..... 46, 50

**G**
*gabapentin* ..... 31, 99
*galantamine hydrobromide* .... 16
*galantamine hydrobromide er* 16
GAMUNEX-C ..... 59
GARDASIL 9 ..... 63
*gatifloxacin* ..... 68
GATTEX ..... 40
*gauze sterile* ..... 143
GAVILYTE-C ..... 40
GAVILYTE-G ..... 40
GAVILYTE-N WITH FLAVOR PACK ..... 40
GAVRETO ..... 114
*gefitinib* ..... 115
*gemfibrozil* ..... 27
*generlac* ..... 40
GENGRAF ..... 60
*gentamicin in saline* ..... 91
*gentamicin sulfate* ..... 68, 91
GENVOYA ..... 128
GILOTRIF ..... 115
*glatiramer acetate* ..... 33
*glimepiride* ..... 139
*glipizide* ..... 139
*glipizide er* ..... 139
*glipizide-metformin hcl* ..... 140
*glucagon emergency* ..... 142
*glycerol phenylbutyrate* ..... 146
*glycopyrrolate* ..... 41
GLYDO ..... 88
GLYXAMBI ..... 140
GOMEKLI ..... 115
*granisetron hcl* ..... 108
*griseofulvin microsize* ..... 109
*griseofulvin ultramicrosize* ... 109
*guanfacine hcl* ..... 25
*guanfacine hcl er* ..... 32
GVOKE HYPOPEN 2-PACK ..... 142
GVOKE KIT ..... 142
GVOKE PFS ..... 142
**H**
HADLIMA ..... 60
HADLIMA PUSHTOUCH .... 60
HAILEY FE 1/20 ..... 46
*halobetasol propionate* ..... 37
*haloperidol* ..... 123
*haloperidol decanoate* ..... 123
*haloperidol lactate* ..... 123
HAVRIX ..... 63
HEATHER ..... 50
*heparin sodium (porcine)* ..... 137
HEPLISAV-B ..... 63
HERNEXEOS ..... 115
HIBERIX ..... 63
HUMALOG ..... 143
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN ..... 143
HUMALOG KWIKPEN ..... 143
HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN ..... 143
HUMALOG MIX 75/25 ..... 143
HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN ..... 143
HUMULIN 70/30 ..... 143
HUMULIN 70/30 KWIKPEN ..... 143
HUMULIN N ..... 144
HUMULIN N KWIKPEN .... 143
HUMULIN R ..... 144
HUMULIN R U-500 KWIKPEN ..... 144
*hydralazine hcl* ..... 30
*hydrochlorothiazide* ..... 29
*hydrocodone-acetaminophen* . 85
*hydrocodone-ibuprofen* ..... 85
*hydrocortisone* ..... 37, 38, 44, 76
*hydrocortisone (perianal)* . 37, 76
*hydrocortisone butyrate* ..... 37
*hydrocortisone valerate* ..... 38
*hydrocortisone-acetic acid* ..... 69
*hydromorphone hcl* ..... 85
*hydromorphone hcl pf* ..... 85
*hydroxychloroquine sulfate* .. 122
*hydroxyurea* ..... 111
*hydroxyzine hcl* ..... 82, 89
*hydroxyzine pamoate* ..... 82, 89
HYFTOR ..... 35, 38
HYRNUO ..... 115
**I**
*ibandronate sodium* ..... 78
IBRANCE ..... 112, 115
IBTROZI ..... 115
IBU ..... 87
*ibuprofen* ..... 87
*icatibant acetate* ..... 58
ICLUSIG ..... 115
*icosapent ethyl* ..... 28
IDHIFA ..... 115
IDVYNSO ..... 129
ILEVRO ..... 67
*imatinib mesylate* ..... 115
IMBRUVICA ..... 115
*imipenem-cilastatin* ..... 95, 96
*imipramine hcl* ..... 106
*imipramine pamoate* ..... 106
*imiquimod* ..... 35
*imkeldi* ..... 115
IMOVAX RABIES ..... 63
INBRIJA ..... 76
INCASSIA ..... 50
INCRELEX ..... 53
*indapamide* ..... 29
INFANRIX ..... 63
INLURIYO ..... 111
INLYTA ..... 115
INQOVI ..... 112
INREBIC ..... 115
*insulin glargine-yfgn* ..... 144
*insulin lispro* ..... 144
*insulin lispro (1 unit dial)* ..... 144
*insulin lispro junior kwikpen* 144
*insulin lispro prot & lispro* ... 144
INTELENCE ..... 129
INTRALIPID ..... 133
INTROVALE ..... 46
INVEGA HAFYERA ..... 125
INVEGA SUSTENNA ..... 125
INVEGA TRINZA ..... 125, 126
IPOL ..... 63
*ipratropium bromide* ..... 82, 83
*ipratropium-albuterol* ..... 80, 83
*irbesartan* ..... 25
*irbesartan-hydrochlorothiazide* ..... 22
ISENTRESS ..... 128, 129
ISENTRESS HD ..... 128
ISIBLOOM ..... 46, 50
ISOLYTE-P IN D5W ..... 133
ISOLYTE-S PH 7.4 ..... 134
*isoniazid* ..... 110
*isosorbide dinitrate* ..... 30
*isosorbide mononitrate* ..... 30
*isosorbide mononitrate er* ..... 30
*isotretinoin* ..... 34
*isradipine* ..... 23
ITOVEBI ..... 115, 116
*itraconazole* ..... 109
*ivabradine hcl* ..... 22

*ivermectin* ..... 122
IWILFIN..... 112
IXIARO ..... 63
**J**
JAKAFI ..... 116
JAKAFI XR..... 116
JANTOVEN ..... 137
JANUMET ..... 140
JANUMET XR..... 140
JARDIANCE..... 140
JAYPIRCA ..... 116
JENTADUETO ..... 140
JENTADUETO XR..... 140
JIDEYTRO ..... 116
JOENJA..... 146
JULUCA..... 130
JUNEL 1.5/30..... 46, 50
JUNEL 1/20..... 46, 50
JUNEL FE 1.5/30 ..... 46, 50
JUNEL FE 1/20 ..... 46, 50
JUXTAPID..... 28
JYLAMVO ..... 112
JYNNEOS ..... 63
**K**
KALYDECO ..... 79
KARIVA ..... 46, 50
*kcl in dextrose-nacl* ..... 134
KELNOR 1/35..... 46
KERENDIA ..... 26, 28
KESIMPTA ..... 33
*ketoconazole* ..... 109
*ketoprofen* ..... 88
*ketorolac tromethamine*.... 67, 88
KINRIX ..... 63
KISQALI (200 MG DOSE) . 116
KISQALI (400 MG DOSE) . 116
KISQALI (600 MG DOSE) . 116
KLOR-CON ..... 133, 134
KLOR-CON 10 ..... 134, 136
KLOR-CON M10..... 134
KLOR-CON M15..... 134
KLOR-CON M20..... 134
KLOXXADO ..... 71
KOMZIFTI..... 116
KOSELUGO ..... 116
KRAZATI ..... 116
KURVELO..... 46, 50
**L**
*labetalol hcl*..... 20
*lacosamide*..... 98
*lactulose*..... 40
*lamivudine* ..... 130
*lamivudine-zidovudine*..... 130
*lamotrigine* ..... 17, 19, 101
*lamotrigine er* ..... 19, 101
*lamotrigine starter kit-blue* ... 19, 101
*lamotrigine starter kit-green* . 19, 101
*lamotrigine starter kit-orange* ..... 19, 101
*lansoprazole* ..... 42
*lanthanum carbonate*..... 135
LANTUS ..... 144
LANTUS SOLOSTAR..... 144
*lapatinib ditosylate* ..... 116
LARIN 1.5/30..... 46, 50
LARIN 1/20..... 46, 51
LARIN FE 1.5/30 ..... 46, 51
LARIN FE 1/20 ..... 46, 51
*latanoprost*..... 69
LAZCLUZE ..... 116
*ledipasvir-sofosbuvir* ..... 128
*leflunomide* ..... 56, 60
*lenalidomide* ..... 110
LENVIMA (10 MG DAILY DOSE) ..... 116
LENVIMA (12 MG DAILY DOSE) ..... 116
LENVIMA (14 MG DAILY DOSE) ..... 117
LENVIMA (18 MG DAILY DOSE) ..... 117
LENVIMA (20 MG DAILY DOSE) ..... 117
LENVIMA (24 MG DAILY DOSE) ..... 117
LENVIMA (4 MG DAILY DOSE) ..... 117
LENVIMA (8 MG DAILY DOSE) ..... 117
LEQEMBI IQLIK ..... 16
LEQEMBI IQLIK (500 MG DOSE) ..... 16
LESSINA..... 46, 51
*letrozole* ..... 112
*leucovorin calcium* ..... 122
LEUKERAN ..... 110
LEUKINE..... 138
*leuprolide acetate* ..... 54
*levalbuterol hcl* ..... 84
*levalbuterol tartrate*..... 84
*levetiracetam* ..... 101
*levetiracetam er* ..... 101
*levobunolol hcl* ..... 65
*levocarnitine* ..... 133
*levocetirizine dihydrochloride* 82
*levofloxacin*..... 97
*levofloxacin in d5w*..... 97
LEVONEST ..... 46, 51
*levonorgest-eth estrad 91-day* ..... 46, 51
LEVO-T..... 53
*levothyroxine sodium*..... 54
LEVOXYL ..... 54
*l-glutamine*..... 146
*lidocaine* ..... 88
*lidocaine hcl* ..... 88
*lidocaine hcl urethral/mucosal* ..... 88
*lidocaine viscous hcl*..... 88
*lidocaine-prilocaine* ..... 88
LIFYORLI (125 MG DOSE) 117
LIFYORLI (150 MG DOSE) 117
LILETTA (52 MG)..... 47
*linezolid* ..... 92
LINZESS ..... 40
*liothyronine sodium* ..... 54
*liraglutide* ..... 140
*lisinopril* ..... 29
*lisinopril-hydrochlorothiazide* 22
*lithium*..... 19
*lithium carbonate*..... 19
*lithium carbonate er* ..... 19
LIVTENCITY ..... 127
LOKELMA..... 136
*lomustine*..... 110
LONSURF ..... 112
*loperamide hcl* ..... 39
*lopinavir-ritonavir* ..... 132
*lorazepam* ..... 89, 99
LORAZEPAM INTENSOL .. 89, 99
LORBRENA..... 117
LORYNA ..... 47
*losartan potassium*..... 25
*losartan potassium-hctz*..... 22
LOTEMAX..... 67
LOTEMAX SM..... 67
*loteprednol etabonate* ..... 67

*lovastatin* ..... 27
LOW-OGESTREL ..... 47, 51
*loxapine succinate* ..... 123
*lubiprostone* ..... 40
LUIZZA 1.5/30 ..... 47
LUIZZA 1/20 ..... 47
LUMAKRAS ..... 117
LUMIGAN ..... 69
LUMRYZ ..... 70
LUMRYZ STARTER PACK. 70
LUPRON DEPOT (1-MONTH) ..... 54
LUPRON DEPOT (3-MONTH) ..... 55
LUPRON DEPOT (4-MONTH) ..... 55
LUPRON DEPOT (6-MONTH) ..... 55
*lurasidone hcl* ..... 17, 126
LYBALVI ..... 17
LYLEQ ..... 51
LYNPARZA ..... 112, 117
LYSODREN ..... 55, 112
LYTGOBI (12 MG DAILY DOSE) ..... 117
LYTGOBI (16 MG DAILY DOSE) ..... 118
LYTGOBI (20 MG DAILY DOSE) ..... 118
LYZA ..... 51
**M**
*macitentan* ..... 81
*magnesium sulfate* ..... 134
*malathion* ..... 39
*maraviroc* ..... 131
*marlissa* ..... 47, 51
MARPLAN ..... 104
MATULANE ..... 110
MATZIM LA ..... 24
MAVYRET ..... 128
MAYZENT ..... 33
MAYZENT STARTER PACK ..... 33
*meclizine hcl* ..... 107
*medroxyprogesterone acetate* 51
*mefloquine hcl* ..... 122
*megestrol acetate* ..... 51
MEKINIST ..... 118
MEKTOVI ..... 118
MELEYA ..... 51
*meloxicam* ..... 88
*memantine hcl* ..... 16
*memantine hcl er* ..... 16
*memantine hcl-donepezil hcl er* ..... 16
MENQUADFI ..... 63
MENVEO ..... 63
*meperidine hcl* ..... 85
*mercaptopurine* ..... 60, 111
*meropenem* ..... 96
*mesalamine* ..... 76
*mesalamine er* ..... 76
*mesna* ..... 122
*metformin hcl* ..... 140
*metformin hcl er* ..... 140
*methadone hcl* ..... 86
*methazolamide* ..... 66
*methenamine hippurate* ..... 92
*methimazole* ..... 55
*methotrexate sodium* ..... 60, 112
*methotrexate sodium (pf)* 60, 112
*methoxsalen rapid* ..... 35
*methsuximide* ..... 99
*methyldopa* ..... 22, 25
*methylphenidate hcl* ..... 32, 33
*methylphenidate hcl er* ..... 32
*methylprednisolone* ..... 44, 77
*methylprednisolone acetate* ... 44, 77
*metoclopramide hcl* ..... 40, 107
*metolazone* ..... 29
*metoprolol succinate er* ..... 20
*metoprolol tartrate* ..... 20
*metoprolol-hydrochlorothiazide* ..... 22
*metronidazole* ..... 34, 92
*metyrosine* ..... 22
*mexiletine hcl* ..... 26
*micafungin sodium* ..... 109
MICROGESTIN 1.5/30.... 47, 51
MICROGESTIN 1/20..... 47, 51
MICROGESTIN FE 1.5/30... 47, 51
MICROGESTIN FE 1/20. 47, 51
*midazolam hcl* ..... 89, 90
*midazolam hcl (pf)* ..... 89
*midodrine hcl* ..... 25
MIEBO ..... 67
*mifepristone* ..... 143
MIGERGOT ..... 73
*miglitol* ..... 140
*miglustat* ..... 146
*milnacipran hcl* ..... 31
*minocycline hcl* ..... 97
*minoxidil* ..... 30
*mirtazapine* ..... 103
*misoprostol* ..... 42, 53
M-M-R II ..... 63
*modafinil* ..... 70
MODEYSO ..... 118
*moexipril hcl* ..... 29
*molindone hcl* ..... 123
*mometasone furoate* ..... 38
*montelukast sodium* ..... 82
*morphine sulfate* ..... 85, 86, 87
*morphine sulfate (concentrate)* ..... 85, 86
*morphine sulfate er* ..... 86, 87
*morphine sulfate er beads* ..... 86
MOUNJARO ..... 140, 141
MOVANTIK ..... 40
*moxifloxacin hcl* ..... 68, 97
*moxifloxacin hcl in nacl* ..... 97
MRESVIA ..... 63
MULTAQ ..... 26
*mupirocin* ..... 39
*mupirocin calcium* ..... 39
*mycophenolate mofetil* ..... 60
*mycophenolate sodium* ..... 60
MYRBETRIQ ..... 43
**N**
*nabumetone* ..... 88
*nadolol* ..... 20
*nafcillin sodium* ..... 95
*naloxone hcl* ..... 71
*naltrexone hcl* ..... 71
*naproxen* ..... 88
*naproxen dr* ..... 88
*naproxen sodium* ..... 88
*naratriptan hcl* ..... 72
*nateglinide* ..... 141
NAYZILAM ..... 90, 99
NECON 0.5/35 (28)..... 47, 52
*nefazodone hcl* ..... 105
*neomycin sulfate* ..... 91
*neomycin-bacitracin zn-polymyx* ..... 68
*neomycin-polymyxin-dexameth* ..... 67

*neomycin-polymyxin-gramicidin* ..... 68
*neomycin-polymyxin-hc* .... 67, 69
NEORAL ..... 60, 61
NERLYNX ..... 118
NEUPRO ..... 75
*nevirapine* ..... 129
*nevirapine er* ..... 129
NEXPLANON ..... 47
*niacin er (antihyperlipidemic)* 28
NIACOR ..... 28
*nicardipine hcl* ..... 23
NICOTROL NS ..... 71
*nifedipine er* ..... 24
*nifedipine er osmotic release* .. 24
NIKKI ..... 47
*nilotinib hcl* ..... 118
*nilutamide* ..... 111
*nimodipine* ..... 24
NINLARO ..... 118
*nintedanib esylate* ..... 80
*nisoldipine er* ..... 24
*nitazoxanide* ..... 122
*nitisinone* ..... 146
NITRO-BID ..... 30
NITRO-DUR ..... 30
*nitrofurantoin macrocrystal* ... 92
*nitrofurantoin monohyd macro* ..... 92
*nitroglycerin* ..... 30, 40
NITYR ..... 146
NIVESTYM ..... 138
*nizatidine* ..... 41
NORA-BE ..... 52
NORDITROPIN FLEXPRO .. 53
*norelgestromin-eth estradiol* . 47, 52
*norethindrone* ..... 52
*norethindrone acetate* ..... 52
NORTREL 0.5/35 (28) ..... 47, 52
NORTREL 1/35 (21) ..... 47, 52
NORTREL 1/35 (28) ..... 47, 52
NORTREL 7/7/7 ..... 47, 52
*nortriptyline hcl* ..... 107
NOVOLIN R FLEXPEN ..... 144
NUBEQA ..... 111
NUCALA ..... 80
NUPLAZID ..... 126
NURTEC ..... 73
NUTRILIPID ..... 133
NUZYRA ..... 97, 98
NYAMYC ..... 109
NYLIA 1/35 ..... 47, 52
NYLIA 7/7/7 ..... 47, 52
*nystatin* ..... 109
*nystatin-triamcinolone* ..... 35
NYSTOP ..... 109
**O**
OCTAGAM ..... 59
*octreotide acetate* ..... 55
ODEFSEY ..... 130
ODOMZO ..... 118
OFEV ..... 80
*ofloxacin* ..... 68, 69
OGSIVEO ..... 113, 118
OJEMDA ..... 118
OJJAARA ..... 118
*olanzapine* ..... 17, 126
*olanzapine-fluoxetine hcl* ..... 103
*olmesartan medoxomil* ..... 25
*olmesartan medoxomil-hctz* .... 22
*olmesartan-amlodipine-hctz* ... 22
*olopatadine hcl* ..... 82
*omega-3-acid ethyl esters* ..... 28
*omeprazole* ..... 42
*ondansetron* ..... 108
*ondansetron hcl* ..... 108
ONUREG ..... 111
OPIPZA ..... 103
OPSYNVI ..... 81
OPVEE ..... 71
ORFADIN ..... 146
ORGOVYX ..... 112
ORKAMBI ..... 79
ORLADEYO ..... 58
*orphenadrine citrate* ..... 145
*orphenadrine citrate er* ..... 145
ORQUIDEA ..... 52
ORSERDU ..... 111
*oseltamivir phosphate* ..... 131
OSPHENA ..... 48
OTEZLA ..... 35, 61
OTEZLA XR ..... 35, 61
OTEZLA/OTEZLA XR INITIATION PK ..... 35, 61
*oxacillin sodium* ..... 95
*oxaprozin* ..... 88
*oxcarbazepine* ..... 98
*oxcarbazepine er* ..... 98
*oxybutynin chloride* ..... 43
*oxybutynin chloride er* ..... 43
*oxycodone hcl* ..... 86
*oxycodone-acetaminophen* ..... 86
OZEMPIC ..... 141
OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE) ..... 141
OZEMPIC (1 MG/DOSE) .... 141
OZEMPIC (2 MG/DOSE) .... 141
**P**
*paliperidone er* ..... 126
PANRETIN ..... 35, 122
*pantoprazole sodium* ..... 42
*paricalcitol* ..... 78
*paroxetine hcl* ..... 90, 91, 106
*paroxetine hcl er* ..... 90, 105
PAXLOVID (150/100) ... 56, 132
PAXLOVID (300/100 & 150/100) ..... 56, 132
PAXLOVID (300/100) ... 56, 132
*pazopanib hcl* ..... 118
PEDIARIX ..... 64
PEDVAXHIB ..... 64
*peg 3350-kcl-na bicarb-nacl* .. 40
*peg-3350/electrolytes* ..... 40
PEGASYS ..... 58, 59
PEMAZYRE ..... 118
PENBRAYA ..... 64
*penicillamine* ..... 42, 133
*penicillin g pot in dextrose* ..... 95
*penicillin g potassium* ..... 95
*penicillin g sodium* ..... 95
*penicillin v potassium* ..... 95
*penmenvy* ..... 64
PENTACEL ..... 64
*pentamidine isethionate* ..... 122
*pentoxifylline er* ..... 22
*perampanel* ..... 101
*perindopril erbumine* ..... 29
PERIOGARD ..... 69
*permethrin* ..... 39
*perphenazine* ..... 107, 123
*perphenazine-amitriptyline* ... 104
PHEBURANE ..... 146
*phenelzine sulfate* ..... 104
*phenobarbital* ..... 99
PHENYTEK ..... 98
*phenytoin* ..... 98
*phenytoin sodium extended* ..... 98
PIFELTRO ..... 129
*pilocarpine hcl* ..... 66, 69

*pimecrolimus* ..... 38
*pimozide* ..... 123
PIMTREA ..... 47, 52
*pindolol* ..... 20
*pioglitazone hcl* ..... 141
*pioglitazone hcl-glimepiride* 141
*pioglitazone hcl-metformin hcl* ..... 141
*piperacillin sod-tazobactam so* ..... 95
PIQRAY (200 MG DAILY DOSE) ..... 118
PIQRAY (250 MG DAILY DOSE) ..... 119
PIQRAY (300 MG DAILY DOSE) ..... 119
*pirfenidone* ..... 80
*piroxicam* ..... 88
PLASMA-LYTE A ..... 134
*podofilox* ..... 35
*polymyxin b sulfate* ..... 92
*polymyxin b-trimethoprim* ..... 68
POMALYST ..... 110
PORTIA-28 ..... 48, 52
*posaconazole* ..... 109
*potassium chloride* ..... 135
*potassium chloride crys er* .. 133, 134, 136
*potassium chloride er* ... 134, 135
*potassium chloride in nacl* ... 135
*potassium citrate er* ..... 42, 135
*pramipexole dihydrochloride* . 75
*pramipexole dihydrochloride er* ..... 75
*prasugrel hcl* ..... 136
*pravastatin sodium* ..... 27
*praziquantel* ..... 122
*prazosin hcl* ..... 23, 43
*prednisolone* ..... 44, 77
*prednisolone acetate* ..... 67
*prednisolone sodium phosphate* ..... 44, 67, 77
*prednisone* ..... 44, 45, 77
PREDNISONE INTENSOL . 44, 77
*preferred plus insulin syringe* ..... 144
*pregabalin* ..... 31
*pregabalin er* ..... 31
PREMARIN ..... 49
PREMASOL ..... 133
PREMPRO ..... 48
*prenatal* ..... 136
*pretomanid* ..... 110
PREVALITE ..... 28
PREVYMIS ..... 127
PREZCOBIX ..... 132
PREZISTA ..... 132
*primaquine phosphate* ..... 122
*primidone* ..... 99
PRIORIX ..... 64
*probenecid* ..... 17
*prochlorperazine* ..... 107
*prochlorperazine maleate* .... 107, 123
PROCTO-MED HC ..... 38, 77
PROCTOSOL HC ..... 38, 77
PROCTOZONE-HC ..... 38, 77
*progesterone* ..... 52
PROGRAF ..... 61
PROLASTIN-C ..... 146
*promethazine hcl* ..... 82, 107
*propafenone hcl* ..... 26
*propafenone hcl er* ..... 26
*propranolol hcl* ..... 20
*propranolol hcl er* ..... 20
*propylthiouracil* ..... 55
PROQUAD ..... 64
PROSOL ..... 133
*protriptyline hcl* ..... 107
PULMOZYME ..... 79
PYLERA ..... 41
*pyrazinamide* ..... 110
*pyridostigmine bromide* ..... 17
*pyridostigmine bromide er* ..... 17
*pyrimethamine* ..... 123
PYRUKYND ..... 146
PYRUKYND TAPER PACK ..... 146

**Q**

QINLOCK ..... 119
QUADRACEL ..... 64
*quetiapine fumarate* 18, 104, 126
*quetiapine fumarate er* .... 17, 18, 104, 126
*quinapril hcl* ..... 29
*quinidine gluconate er* ..... 26
*quinidine sulfate* ..... 26
*quinine sulfate* ..... 123
QULIPTA ..... 73

**R**

RABAVERT ..... 64
RADICAVA ORS STARTER KIT ..... 31
RALDESY ..... 106
*raloxifene hcl* ..... 48
*ramelteon* ..... 70
*ramipril* ..... 29
*ranolazine er* ..... 22
*rasagiline mesylate* ..... 75
RECLIPSEN ..... 48, 52
RECOMBIVAX HB ..... 64
RECORLEV ..... 55
RELENZA DISKHALER .... 131
RELI-ON INSULIN SYRINGE ..... 144
RELISTOR ..... 40
*repaglinide* ..... 141
REPATHA ..... 28
REPATHA SURECLICK ..... 28
RETACRIT ..... 138
RETEVMO ..... 112, 119
REVCOVI ..... 56
REVUFORJ ..... 119
REXULTI ..... 126
REYATAZ ..... 132
REZDIFFRA ..... 40
REZLIDHIA ..... 119
REZUROCK ..... 61
*ribavirin* ..... 128
*rifabutin* ..... 110
*rifampin* ..... 110
*rifapentine* ..... 110
*rilpivirine hcl* ..... 129
*riluzole* ..... 31
*rimantadine hcl* ..... 131
RINVOQ ..... 57
*risedronate sodium* ..... 78
*risperidone* ..... 18, 127
*risperidone microspheres er* .. 18, 126
*ritonavir* ..... 132
*rivaroxaban* ..... 137
*rivastigmine* ..... 16
*rivastigmine tartrate* ..... 16
*rizatriptan benzoate* ..... 72
ROCKLATAN ..... 66
*roflumilast* ..... 84
ROMVIMZA ..... 119
*ropinirole hcl* ..... 75

*ropinirole hcl er* ..... 75
*rosuvastatin calcium* ..... 27
ROTARIX ..... 64
ROTATEQ ..... 64
ROWEEPRA ..... 101
ROZLYTREK ..... 119
RUBRACA ..... 119
*rufinamide* ..... 98
RUKOBIA ..... 131
RYDAPT ..... 119
**S**
*sacubitril-valsartan* ..... 22, 23
SAJAZIR ..... 58
SANTYL ..... 35
SAPHRIS ..... 18, 127
*sapropterin dihydrochloride* 146
*saxagliptin hcl* ..... 141
*saxagliptin-metformin er* ..... 141
SCEMBLIX ..... 119
*scopolamine* ..... 41, 107
SECUADO ..... 18, 127
SELARSDI ..... 57
*selegiline hcl* ..... 75
*selenium sulfide* ..... 38
SEREVENT DISKUS ..... 84
*sertraline hcl* ..... 91, 106
*sevelamer carbonate* ..... 135
*sevelamer hcl* ..... 135
SHAROBEL ..... 52
SHINGRIX ..... 64
SIGNIFOR ..... 55
SIKLOS ..... 146
*sildenafil citrate* ..... 81
*silodosin* ..... 43
*silver sulfadiazine* ..... 35
SIMBRINZA ..... 66
SIMLANDI (1 PEN) ..... 61
SIMLANDI (2 PEN) ..... 61
SIMLANDI (2 SYRINGE) .... 61
*simvastatin* ..... 27
*sirolimus* ..... 61
SIRTURO ..... 110
*sitagliptin phosphate* ..... 141
SKYCLARYS ..... 31, 146
SKYRIZI ..... 57
SKYRIZI PEN ..... 57
*sodium chloride* ..... 135
*sodium fluoride* ..... 135
*sodium oxybate* ..... 70
*sodium phenylbutyrate* ..... 146
*sodium polystyrene sulfonate* 136
*sofosbuvir-velpatasvir* ..... 128
*solifenacin succinate* ..... 43
SOLIQUA ..... 144
SOLTAMOX ..... 111
SOMAVERT ..... 55
*sorafenib tosylate* ..... 119
*sotalol hcl* ..... 27
*sotalol hcl (af)* ..... 27
SPIRIVA RESPIMAT ..... 83
*spironolactone* ..... 26
*spironolactone-hctz* ..... 23
SPRINTEC 28 ..... 48, 52
SPS (SODIUM POLYSTYRENE SULF) . 136
SSD ..... 35
STIOLTO RESPIMAT ..... 79
STIVARGA ..... 119
*streptomycin sulfate* ..... 91
STRIBILD ..... 129
SUBVENITE ..... 19, 101
SUBVENITE STARTER KIT-BLUE ..... 19, 101
SUBVENITE STARTER KIT-GREEN ..... 19, 102
SUBVENITE STARTER KIT-ORANGE ..... 19, 102
SUCRAID ..... 147
*sucralfate* ..... 42
*sulfacetamide sodium* ..... 68
*sulfacetamide-prednisolone* .... 67
*sulfadiazine* ..... 97
*sulfamethoxazole-trimethoprim* ..... 97
SULFAMYLON ..... 39
*sulfasalazine* ..... 76
*sulindac* ..... 88
*sumatriptan* ..... 72
*sumatriptan succinate* ..... 73
*sunitinib malate* ..... 119
SUNLENCA ..... 131
SUPREP BOWEL PREP KIT ..... 40, 41
SYMBICORT ..... 79
SYMPAZAN ..... 99, 100
SYMTUZA ..... 129, 132
SYNAREL ..... 55
SYNJARDY ..... 142
SYNJARDY XR ..... 142
SYNTHROID ..... 54
**T**
TABLOID ..... 111
TABRECTA ..... 120
*tacrolimus* ..... 38, 61
*tacrolimus er* ..... 61
*tadalafil* ..... 43
*tadalafil (pah)* ..... 81
TAFINLAR ..... 120
TAGRISSO ..... 120
TAKHZYRO ..... 58
TALICIA ..... 41
TALZENNA ..... 120
*tamoxifen citrate* ..... 111
*tamsulosin hcl* ..... 43
TARINA FE 1/20 EQ ..... 48, 52
TARPEYO ..... 45
*tasimelteon* ..... 70
TAVNEOS ..... 61
*tazarotene* ..... 34
TEGRETOL ..... 19
TEGRETOL-XR ..... 20
*telmisartan* ..... 25, 26
*telmisartan-hctz* ..... 23
*temazepam* ..... 70
TENIVAC ..... 64
*tenofovir disoproxil fumarate* ..... 127, 130
TEPMETKO ..... 120
*terazosin hcl* ..... 23, 43
*terbinafine hcl* ..... 109
*terbutaline sulfate* ..... 84
*terconazole* ..... 109
*teriflunomide* ..... 34
*teriparatide* ..... 78
*testosterone* ..... 49
*testosterone cypionate* ..... 49
*testosterone enanthate* ..... 49
*tetrabenazine* ..... 31
*tetracycline hcl* ..... 98
THALOMID ..... 110
THEO-24 ..... 84
*theophylline* ..... 84
*theophylline er* ..... 84
*thioridazine hcl* ..... 123
*thiothixene* ..... 123
*tiagabine hcl* ..... 100
TIBSOVO ..... 113, 120
*ticagrelor* ..... 136
TICOVAC ..... 64
*tigecycline* ..... 92

TILIA FE....48
*timolol hemihydrate*....65
*timolol maleate*....20, 65
*tinidazole*....92
*tiotropium bromide*....83
TIVICAY....129
TIVICAY PD....129
*tizanidine hcl*....72
TOBI PODHALER....79
TOBRADEX....68
TOBRADEX ST....68
*tobramycin*....68, 79
*tobramycin sulfate*....91
*tobramycin-dexamethasone*....68
*tofacitinib citrate*....57
*tofacitinib citrate er*....57
*tolterodine tartrate*....43
*tolterodine tartrate er*....43
*tolvaptan*....133, 134
*topiramate*....74, 102
*topiramate er*....74, 102
*toremifene citrate*....111
*torsemide*....29
TOUJEO MAX SOLOSTAR ....144
TOUJEO SOLOSTAR....145
TPN ELECTROLYTES....133
TRADJENTA....142
*tramadol hcl*....86
*tramadol-acetaminophen*....86
*trandolapril*....29
*tranexamic acid*....136
*tranylcypromine sulfate*....104
TRAVASOL....133
*travoprost (bak free)*....69
*trazodone hcl*....106
TRELEGY ELLIPTA....79
TRELSTAR MIXJECT....55
TREMFYA....57
TREMFYA ONE-PRESS....57
TREMFYA PEN....57
TREMFYA-CD/UC INDUCTION....58
TRESIBA....145
TRESIBA FLEXTOUCH....145
*tretinoin*....34, 122
*triamcinolone acetonide*..38, 69, 77
*triamterene-hctz*....23
*trientine hcl*....134
*trifluoperazine hcl*....124
*trifluridine*....68
*trihexyphenidyl hcl*....75
TRIJARDY XR....142
TRIKAFTA....79, 80
TRI-LEGEST FE....48
*trimethoprim*....92
*trimipramine maleate*....107
TRINTELLIX....106
TRI-SPRINTEC....48, 52
TRIUMEQ....131
*triumeq pd*....131
TROPHAMINE....133
*trospium chloride*....43
TRULANCE....40
TRULICITY....142
TRUMENBA....65
TRUQAP....120
TUKYSA....120
TURALIO....120
TURQOZ....48, 52
TWINRIX....65
TYENNE....62
TYMLOS....78
TYPHIM VI....65
TYVASO DPI MAINTENANCE KIT....81
TYVASO DPI TITRATION KIT....81
**U**
UBRELVY....73, 74
*umeclidinium-vilanterol*....79
UNITHROID....54
UPTRAVI....81
UPTRAVI TITRATION....81
*ursodiol*....41
**V**
*valacyclovir hcl*....128
VALCHLOR....110
*valganciclovir hcl*....127
*valproic acid*....20, 74, 102
*valsartan*....26
*valsartan-hydrochlorothiazide*....23
VALTOCO 10 MG DOSE....90, 100
VALTOCO 15 MG DOSE....90, 100
VALTOCO 20 MG DOSE....90, 100
VALTOCO 5 MG DOSE....90, 100
VALTYA 1/35....48
VALTYA 1/50....48
*vancomycin hcl*....92
VANDAZOLE....93
VANFLYTA....120
VAQTA....65
*varenicline tartrate*....71
*varenicline tartrate (starter)*...71
*varenicline tartrate(continue)* 71
VARIVAX....65
VAXCHORA....65
VELIVET....48, 52
VELSIPITY....41
VEMLIDY....127
VENCLEXTA....120
VENCLEXTA STARTING PACK....120
*venlafaxine besylate er*...91, 106
*venlafaxine hcl*....91, 106
*venlafaxine hcl er*....91, 106
VEOZAH....31
*verapamil hcl*....25
*verapamil hcl er*....24, 25
VERQUVO....30
VERSACLOZ....124
VERZENIO....120
*vigabatrin*....100
VIGAFYDE....100
VIJOICE....147
*vilazodone hcl*....106
VIMKUNYA....65
*viorele*....48
VIRACEPT....132
VIREAD....127, 128, 130
VITRAKVI....120
VIVOTIF....65
VONJO....121
VOQUEZNA DUAL PAK....41
VOQUEZNA TRIPLE PAK..41
VORANIGO....112
*voriconazole*....109
VOSEVI....128
VOWST....41
VRAYLAR....127
VUMERITY....34
VYFEMLA....48, 53
VYNDAMAX....147
VYVGART HYTRULO 17, 147

VYZULTA ..... 69
**W**
*warfarin sodium* ..... 138
WEGOVY ..... 23, 142
WELIREG ..... 147
WINREVAIR ..... 81
**X**
XALKORI ..... 121
XARAH FE ..... 48, 53
XARELTO ..... 138
XARELTO STARTER PACK ..... 138
XATMEP ..... 62, 112
XCOPRI ..... 102
XCOPRI (250 MG DAILY DOSE) ..... 102
XCOPRI (350 MG DAILY DOSE) ..... 102
XDEMVY ..... 68
XERMELO ..... 39
XIFAXAN ..... 39, 41, 93
XIIDRA ..... 67
XOFLUZA (40 MG DOSE). 131
XOFLUZA (80 MG DOSE). 131
XOLAIR ..... 58
XOLREMDI ..... 139
XOSPATA ..... 121
XPOVIO (100 MG ONCE WEEKLY) ..... 121
XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY) ..... 112, 121
XPOVIO (40 MG TWICE WEEKLY) ..... 121
XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY) ..... 121
XPOVIO (60 MG TWICE WEEKLY) ..... 121
XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY) ..... 121
XPOVIO (80 MG TWICE WEEKLY) ..... 121
XTANDI ..... 111
**Y**
YF-VAX ..... 65
**Z**
*zafirlukast* ..... 82
*zaleplon* ..... 70
ZARXIO ..... 139
ZEJULA ..... 121
ZELBORAF ..... 121
ZENATANE ..... 34
ZENBEXUS ..... 110
ZENPEP ..... 147
*zidovudine* ..... 130
*ziprasidone hcl* ..... 18, 127
*ziprasidone mesylate* ..... 18, 127
ZIRGAN ..... 68
ZOLINZA ..... 112
*zolmitriptan* ..... 73
*zolpidem tartrate* ..... 70
*zolpidem tartrate er* ..... 70
ZONISADE ..... 98
*zonisamide* ..... 99
ZOVIA 1/35 (28) ..... 48
ZTALMY ..... 100
ZURZUVAE ..... 104
ZYKADIA ..... 121
ZYMFENTRA (2 PEN) ..... 62
ZYMFENTRA (2 SYRINGE) 62

Este formulario fue actualizado el 10/05/2026. Para información más reciente o para otras preguntas, por favor, comuníquese con Servicios al Afiliado de MMM Healthcare, LLC., al 1-866-333-5470 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., o visite www.mmmpr.com.

El formulario puede cambiar en cualquier momento. Usted recibirá un aviso cuando sea necesario.

MMM Healthcare, LLC., cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. MMM Healthcare, LLC., complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex.

Y0049_2027 1085 0001 1_C

**Notice Of Availability of Language Assistance Services and Auxiliary Aids and Services (§ 92.11)**

**English:** ATTENTION: If you speak English, free language assistance services are available to you. Appropriate auxiliary aids and services to provide information in accessible formats are also available free of charge. Call 1-866-333-5470 (TTY: 711) or speak to your provider."

**Spanish:** ATENCIÓN: Si habla español, se encuentran disponibles servicios gratuitos de asistencia en su idioma. También están disponibles, sin costo alguno, ayudas y servicios auxiliares apropiados para proporcionar información en formatos accesibles. Llame al 1-866-333-5470 (TTY: 711) o hable con su proveedor.

**Chinese (Simplified):** 注意：如果您说 中文，我们将免费为您提供语言协助服务。我们还免费提供适当的辅助工具和服务，以无障碍格式提供信息。致电 1-866-333-5470（文本电话：711）或咨询您的服务提供商。"

**Cantonese** 廣東話: 通知：如果你講廣東話，我們提供免費的語言協助服務。我們亦可以免費提供適當的輔助工具和服務，以便用可獲得的格式提供資訊。請致電 1-866-333-5470（聾人專線：711）或與你的提供者聯絡。

**Tagalog:** PAALALA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, magagamit mo ang mga libreng serbisyong tulong sa wika. Magagamit din nang libre ang mga naaangkop na auxiliary na tulong at serbisyo upang magbigay ng impormasyon sa mga naa-access na format. Tumawag sa 1-866-333-5470 (TTY: 711) o makipag-usap sa iyong provider.

**French**: ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'assistance linguistique gratuits sont à votre disposition. Des aides et services auxiliaires appropriés pour fournir des informations dans des formats accessibles sont également disponibles gratuitement. Appelez le 1-866-333-5470 (TTY: 711) ou parlez à votre fournisseur.

**Vietnamese:** LƯU Ý: Nếu bạn nói tiếng Việt, chúng tôi cung cấp miễn phí các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ. Các hỗ trợ dịch vụ phù hợp để cung cấp thông tin theo các định dạng dễ tiếp cận cũng được cung cấp miễn phí. Vui lòng gọi theo số 1-866-333-5470 (TTY: 711) hoặc trao đổi với người cung cấp dịch vụ của bạn."

**German**: HINWEIS: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlose Sprachhilfeleistungen zur Verfügung. Angemessene Hilfsmittel und Dienstleistungen, um Informationen in barrierefreien Formaten bereitzustellen, sind ebenfalls kostenlos erhältlich. Rufen Sie 1-866-333-5470 (TTY: 711) an oder sprechen Sie mit Ihrem Anbieter.

**Korean**: 주의: 한국어를 사용하시는 경우 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 이용 가능한 형식으로 정보를 제공하는 적절한 보조 기구 및 서비스도 무료로 제공됩니다. 1-866-333-5470 (TTY: 711)번으로 전화하거나 서비스 제공업체에 문의하십시오."

**Russian**: ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русский, вам доступны бесплатные услуги языковой поддержки. Соответствующие вспомогательные средства и услуги по предоставлению информации в доступных форматах также предоставляются бесплатно. Позвоните по телефону 1-866-333-5470 (TTY: 711) или обратитесь к своему поставщику услуг.

**Arabic:** العربية
تنبيه: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فستتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية المجانية. كما تتوفر وسائل مساعدة وخدمات مساعدة مناسبة لتوفير المعلومات بتنسيقات يمكن الوصول إليها مجانًا. اتصل على الرقم 1-866-333-5470 (TTY:711) أو تحدث إلى مقدم الخدمة".

**Hindi**: ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं, तो आपके लिए निःशुल्क भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध होती हैं। सुलभ प्रारूपों में जानकारी प्रदान करने के लिए उपयुक्त सहायक साधन और सेवाएँ भी निःशुल्क उपलब्ध हैं। 1-866-333-5470（TTY: 711） पर कॉल करें या अपने प्रदाता से बात करें।"

**Italian:** ATTENZIONE: Se parli italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Sono disponibili gratuitamente anche idonei ausili e servizi per fornire informazioni in formati accessibili. Chiama il 1-866-333-5470 (TTY: 711) o parla con il tuo fornitore.

**Portuguese:** ATENÇÃO: Se fala português, serviços gratuitos de assistência linguística estão disponíveis para si. Ajudas e serviços auxiliares apropriados para fornecer informações em formatos acessíveis também estão disponíveis gratuitamente. Ligue para 1-866-333-5470 (TTY: 711) ou fale com o seu prestador de serviços.

**French Creole:** ATANSYON: Si ou pale franse kreyòl, sèvis asistans lang gratis disponib pou ou. Gen èd ak sèvis oksilyè apwopriye pou bay enfòmasyon nan fòma aksesib ki disponib tou gratis. Rele 1-866-333-5470 (TTY: 711) oswa pale ak founisè w la.

**Polish:** UWAGA: Osoby mówiące po polsku mogą skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Dodatkowe pomoce i usługi zapewniające informacje w dostępnych formatach są również dostępne bezpłatnie. Zadzwoń pod numer 1-866-333-5470（TTY: 711）lub porozmawiaj ze swoim dostawcą".

**Japanese:** 注：日本語を話される場合、無料の言語支援サービスをご利用いただけます。アクセシブル（誰もが利用できるよう配慮された）な形式で情報を提供するための適切な補助支援やサービスも無料でご利用いただけます。1-866-333-5470（TTY: 711）までお電話ください。または、ご利用の事業者にご相談ください。

**Ukrainian:** УВАГА: Якщо ви розмовляєте українська мова, вам доступні безкоштовні мовні послуги. Відповідні допоміжні засоби та послуги для надання інформації у доступних форматах також доступні безкоштовно. Зателефонуйте за номером 1-866-333-5470 (TTY: 711) або зверніться до свого постачальника».

**Catalán:** ATENCIÓ: Si parleu català, teniu a la vostra disposició serveis d'assistència lingüística gratuïts. També hi ha disponibles gratuïtament ajudes i serveis auxiliars adequats per proporcionar informació en formats accessibles. Truqueu al 1-866-333-5470 (TTY: 711) o parleu amb el vostre proveïdor.