

# Formulario 2026

**Priority**Medicare® Dual Premier (HMO D-SNP)

## Lista de medicamentos con cobertura 2026 (Lista de medicamentos o formulario)

*Tenga en cuenta que:*

*Dentro de este documento se incluye información relacionada con los medicamentos que tienen cobertura, según este plan.*

H8379\_100010852600\_C

ID 26328, Versión 7

Esta *Lista de medicamentos* se actualizó el 9/2/2025. Para obtener información actualizada o si tiene otras preguntas, comuníquese con nosotros a la línea gratuita 833.939.0983 (TTY 711). Del 1 de octubre al 31 de marzo, nuestro horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m., hora del este, los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, nuestro horario de atención es de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m. y los sábados desde las 8 a. m. hasta el mediodía, hora del este. También puede iniciar sesión en su cuenta de afiliado en [priorityhealth.com](https://priorityhealth.com) para enviarnos un mensaje o visitar [prioritymedicare.com](https://prioritymedicare.com).

---

**En caso de tener alguna pregunta**, llame a **Priority**Medicare Dual Premier al 833.939.0983 (TTY: 711). Del 1 de octubre al 31 de marzo, nuestro horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m., hora del este, los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, nuestro horario de atención es de lunes a viernes desde las 8 a. m. hasta las 8 p. m. y los sábados desde las 8 a. m. hasta el mediodía, hora del

## Introducción

Este documento se denomina *Lista de medicamentos con cobertura* (también conocida como *Lista de medicamentos*). Brinda información sobre qué medicamentos con receta y de venta libre (over-the-counter, OTC) están cubiertos por **Priority**Medicare Dual Premier. La *lista de medicamentos* también le indica si existen reglas o restricciones especiales para cualquier medicamento cubierto por **Priority**Medicare Dual Premier. La terminología clave y sus definiciones figuran en el último capítulo del *Manual para el afiliado*.

---

**En caso de tener alguna pregunta**, llame a **Priority**Medicare Dual Premier al 833.939.0983 (TTY: 711). Del 1 de octubre al 31 de marzo, nuestro horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m., hora del este, los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, nuestro horario de atención es de lunes a viernes desde las 8 a. m. hasta las 8 p. m. y los sábados desde las 8 a. m. hasta el mediodía, hora del

# Índice de contenido

|  |            |
|--|------------|
| <b>A. Descargos de responsabilidad .....</b>   | <b>4</b>   |
| <b>B. Preguntas frecuentes.....</b>  | <b>4</b>   |
| B1. ¿Qué medicamentos incluye la lista de medicamentos con cobertura? (Llamamos a la Lista de medicamentos con cobertura la lista de medicamentos para abreviar).....  | 4          |
| B2. ¿Cambia alguna vez la <i>lista de medicamentos</i> ? .....   | 5          |
| B3. ¿Qué sucede cuando ocurre un cambio en la <i>lista de medicamentos</i> ?? .....  | 7          |
| B4. ¿Existen restricciones o límites para la cobertura de medicamentos o algún trámite obligatorio que deba realizar para obtener determinados medicamentos? .....   | 8          |
| B5. ¿Cómo puedo verificar si hay límites o si debo realizar trámites obligatorios para obtener el medicamento que quiero? .....  | 8          |
| B6. ¿Qué sucede si PriorityMedicare Dual Premier cambia las reglas sobre cómo se cubren algunos medicamentos (por ejemplo, autorización previa, límites de cantidad o restricciones por tratamiento escalonado)? ..... | 9          |
| B7. ¿Cómo puedo encontrar un medicamento en la <i>lista de medicamentos</i> ?? .....   | 9          |
| B8. ¿Qué pasa si el medicamento que quiero tomar no está en la <i>lista de medicamentos</i> ?? .....   | 9          |
| B9. ¿Qué sucede si soy un afiliado nuevo a PriorityMedicare Dual Premier y no encuentro mi medicamento en la <i>lista de medicamentos</i> o tengo problemas para obtenerlo?..  | 9          |
| B10. ¿Puedo solicitar una excepción para que se cubra mi medicamento? .....  | 11         |
| B11. ¿Cómo puedo solicitar una excepción? .....  | 11         |
| B12. ¿Cuánto tiempo demora obtener una excepción? .....  | 12         |
| B13. ¿Qué son los medicamentos genéricos? .....  | 12         |
| B14. ¿Qué son los productos biológicos originales y cómo se relacionan con los medicamentos biosimilares?.....   | 12         |
| B15. ¿Qué son los medicamentos de venta libre (OTC)? .....   | 13         |
| B16. ¿PriorityMedicare Dual Premier cubre los suministros de medicamentos con receta a largo plazo? .....  | 14         |
| B17. ¿Cuál es la distribución de costos? .....   | 14         |
| <b>C. Información general sobre la lista de medicamentos con cobertura .....</b>   | <b>15</b>  |
| C1. Lista de medicamentos por afección médica.....   | 15         |
| <b>D. Índice de medicamentos con cobertura .....</b>   | <b>132</b> |

**En caso de tener alguna pregunta**, llame a **PriorityMedicare Dual Premier** al 833.939.0983 (TTY: 711). Del 1 de octubre al 31 de marzo, nuestro horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m., hora del este, los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, nuestro horario de atención es de lunes a viernes desde las 8 a. m. hasta las 8 p. m. y los sábados desde las 8 a. m. hasta el mediodía, hora del

## A. Descargos de responsabilidad

- Esta lista incluye los medicamentos que los afiliados pueden obtener en **Priority**Medicare Dual Premier.
- Puede consultar en todo momento la *lista de medicamentos con cobertura* actualizada de **Priority**Medicare Dual Premier en línea en [prioritymedicare.com](https://prioritymedicare.com) o llamando a atención al cliente a los números que figuran en la parte inferior de esta página. Esta llamada es gratuita.
- Puede obtener este documento de forma gratuita en otros formatos, como letra grande, braille o audio. Llame a atención al cliente a los números que figuran en la parte inferior de esta página. Esta llamada es gratuita.
- **Priority**Medicare Dual Premier es un plan de salud que celebra un contrato con Medicare y un contrato con Medicaid de Michigan para proporcionarle a los afiliados los beneficios de ambos programas.
- Nuestro plan también le puede proporcionar los materiales importantes del plan en otros idiomas además del inglés y en formatos como letra grande, braille o audio. Para obtener los materiales importantes del plan en alguno de estos formatos alternativos, puede presentar una solicitud mediante cualquiera de los siguientes métodos:
  - Póngase en contacto con nuestro equipo de atención al cliente llamando a los números que figuran en la parte inferior de esta página.
  - Cree una cuenta de afiliado en [member.priorityhealth.com](https://member.priorityhealth.com) e inicie sesión para enviarnos un mensaje de forma segura.
  - Envíe una solicitud por escrito a la siguiente dirección: Priority Health, 1231 East Beltline Ave. NE, MS: 1175, Grand Rapids, MI 49525.

Al recibir su solicitud, a menos que indique que se trata de una necesidad única, continuaremos enviándole correos y comunicaciones futuras en el idioma o el formato preferido. Si en algún momento desea actualizar o cambiar sus preferencias, puede utilizar cualquiera de los métodos de contacto anteriores.

## B. Preguntas frecuentes

En esta sección encontrará las respuestas a sus preguntas sobre esta lista de medicamentos con cobertura (*Lista de medicamentos*). Puede leer todas las preguntas frecuentes para obtener más información o buscar una pregunta específica con su respuesta.

### B1. ¿Qué medicamentos incluye la lista de medicamentos con cobertura? (Llamamos a la **Lista de medicamentos con cobertura** la **lista de medicamentos para abreviar**).

Los medicamentos incluidos en la *lista de medicamentos* que comienza en la **sección C1** son aquellos cubiertos por **Priority**Medicare Dual Premier. Los medicamentos están disponibles en las farmacias que pertenecen a nuestra red. Una farmacia forma parte de nuestra red cuando tenemos un acuerdo para que colabore con nosotros y le brinde servicios a usted. Nos referimos a estas farmacias como “farmacias de la red”.

Otros medicamentos, como algunos de venta libre (OTC) y determinadas vitaminas, pueden estar cubiertos por Medicaid de Michigan. Visite el sitio web de Medicaid de Michigan

---

**En caso de tener alguna pregunta**, llame a **Priority**Medicare Dual Premier al 833.939.0983 (TTY: 711). Del 1 de octubre al 31 de marzo, nuestro horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m., hora del este, los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, nuestro horario de atención es de lunes a viernes desde las 8 a. m. hasta las 8 p. m. y los sábados desde las 8 a. m. hasta el mediodía, hora del

[www.michigan.gov/mdhhs/assistance-programs/medicaid](http://www.michigan.gov/mdhhs/assistance-programs/medicaid) para obtener más información. También puede llamar a la Línea de ayuda para beneficiarios de Medicaid de Michigan al 1-800-642-3195, de 8:00 a. m. a 7:00 p. m., de lunes a viernes (excepto los días festivos) o enviar un correo electrónico a [beneficiarysupport@michigan.gov](mailto:beneficiarysupport@michigan.gov). Presente su tarjeta de identificación de afiliado cuando obtenga medicamentos con receta a través de Medicaid de Michigan.

- **Priority**Medicare Dual Premier cubrirá todos los medicamentos necesarios desde el punto de vista médico de la *lista de medicamentos* en los siguientes casos:
  - Su médico u otro profesional que emite recetas indica que usted los necesita para mejorar o mantenerse en buen estado de salud.
  - **Priority**Medicare Dual Premier está de acuerdo en que el medicamento es necesario desde el punto de vista médico para usted.
  - Usted surte la receta en una farmacia de la red de **Priority**Medicare Dual Premier.
- En algunos casos, usted debe hacer un trámite previo antes de poder obtener un medicamento. Consulte la pregunta B4 para obtener más información.

También puede encontrar una lista actualizada de los medicamentos que cubrimos visitando nuestro sitio web en [prioritymedicare.com](http://prioritymedicare.com) o llamando a atención al cliente a los números que figuran en la parte inferior de esta página.

## **B2. ¿Cambia alguna vez la *lista de medicamentos*?**

Sí. Además, Priority Medicare Dual Premier debe cumplir las reglas de Medicare y Medicaid de Michigan al realizar cambios. Podemos agregar o quitar medicamentos de la *lista de medicamentos* durante el año.

También podemos cambiar nuestras reglas relacionadas con los medicamentos. Por ejemplo, podríamos hacer lo siguiente:

- Tomar la decisión sobre exigir o no autorización previa para un medicamento. (La autorización previa es un permiso de **Priority**Medicare Dual Premier antes de que pueda obtener un medicamento).
- Agregar o cambiar la cantidad de un medicamento que puede obtener, lo que se denomina límites de cantidad.
- Agregar o cambiar las restricciones del tratamiento escalonado en un medicamento. (El tratamiento escalonado implica que debe probar un medicamento primero antes de que cubramos otro).

Para obtener más información sobre las reglas que se aplican a los medicamentos, consulte la pregunta B4.

Si está tomando un medicamento que estaba cubierto al **comienzo** del año, por lo general no eliminaremos ni cambiaremos la cobertura de ese medicamento **durante el resto del año**, excepto en los siguientes casos:

- sale al mercado un medicamento nuevo y más económico que funciona igual de bien que un medicamento que ya está en la *lista de medicamentos*;
- 

---

**En caso de tener alguna pregunta**, llame a **Priority**Medicare Dual Premier al 833.939.0983 (TTY: 711). Del 1 de octubre al 31 de marzo, nuestro horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m., hora del este, los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, nuestro horario de atención es de lunes a viernes desde las 8 a. m. hasta las 8 p. m. y los sábados desde las 8 a. m. hasta el mediodía, hora del

- identificamos que un medicamento no es seguro; •
- un medicamento se retira del mercado.

Las preguntas B3 y B6 a continuación contienen más información acerca de lo que sucede cuando hay cambios en la *lista de medicamentos*.

- Puede consultar en todo momento la *Lista de medicamentos* actualizada de **Priority** Medicare Dual Premier en línea en *prioritymedicare.com*. Las actualizaciones de la lista de medicamentos se publican en el sitio web todos los meses.
- También puede llamar a atención al cliente a los números que figuran en la parte inferior de esta página para consultar la *lista de medicamentos* actual.

---

**En caso de tener alguna pregunta**, llame a **Priority** Medicare Dual Premier al 833.939.0983 (TTY: 711). Del 1 de octubre al 31 de marzo, nuestro horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m., hora del este, los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, nuestro horario de atención es de lunes a viernes desde las 8 a. m. hasta las 8 p. m. y los sábados desde las 8 a. m. hasta el mediodía, hora del

### **B3. ¿Qué sucede cuando ocurre un cambio en la *lista de medicamentos*??**

Algunos cambios en la *lista de medicamentos* tendrán efecto **inmediato**. Por ejemplo, en los siguientes casos:

- **Sustituciones de determinadas versiones nuevas de medicamentos.** Podemos retirar de inmediato los medicamentos de la *lista de medicamentos* si son reemplazados por versiones nuevas. No obstante, el nuevo medicamento figurará en el mismo nivel de distribución de costos o en uno más bajo con las mismas o menos restricciones. Al agregar una nueva versión de un medicamento, también podemos optar por conservar el medicamento de marca o el producto biológico original en la lista, aunque las reglas o los límites de cobertura pueden cambiar.
  - Es posible que no le informemos sobre dicho cambio con antelación, pero le enviaremos información sobre el cambio específico después de que se lleve a cabo.
  - Podemos realizar estos cambios solo si el medicamento que agregamos:
    - Es una nueva versión genérica de un medicamento de marca.
    - Es una nueva versión biosimilar de un producto biológico original incluido en la *lista de medicamentos* (por ejemplo, agregar un biosimilar intercambiable que pueda reemplazar al producto biológico original sin necesidad de una nueva receta).
    - Es posible que algunos de estos tipos de medicamentos sean nuevos para usted. Para obtener más información, consulte la sección B14.
  - Usted o su proveedor pueden solicitar una excepción a estos cambios. Le enviaremos una notificación con los pasos a seguir para solicitar una excepción. Consulte las preguntas B10 a B12 para obtener más información sobre las excepciones.
- **Eliminación de medicamentos peligrosos y otros medicamentos que se retiran del mercado.** En ocasiones, un medicamento puede considerarse peligroso o retirarse del mercado por otro motivo. Si esto sucede, podemos retirarlo de inmediato de la *lista de medicamentos*. Si está tomando el medicamento, le notificaremos después de realizar el cambio. Debe comunicarse con el médico prescriptor para que le ayude a decidir si hay un medicamento similar en la *lista de medicamentos* que usted pueda tomar en su lugar.

**Es posible que realicemos otros cambios que afecten los medicamentos que toma.** Le informaremos con antelación sobre los otros cambios realizados a la *lista de medicamentos*. Estos cambios pueden ocurrir en los siguientes casos:

- La Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (Food and Drug Administration, FDA) proporciona nuevas directrices o hay nuevas pautas clínicas relacionadas con un medicamento.
- Eliminamos un medicamento de marca de la *lista de medicamentos* al agregar uno genérico que no es nuevo en el mercado.
- Eliminamos un producto biológico original al agregar uno biosimilar.
- Cambiamos los límites o las reglas de cobertura del medicamento de marca.

Cuando se ocurran estos cambios, haremos lo siguiente:

- Informarle al menos 30 días antes de que realicemos el cambio en la *lista de medicamentos*.
- Informarle y entregarle un suministro del medicamento para 30 días después de solicitar su reposición.

---

**En caso de tener alguna pregunta,** llame a **PriorityMedicare Dual Premier** al 833.939.0983 (TTY: 711). Del 1 de octubre al 31 de marzo, nuestro horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m., hora del este, los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, nuestro horario de atención es de lunes a viernes desde las 8 a. m. hasta las 8 p. m. y los sábados desde las 8 a. m. hasta el mediodía, hora del



Esto le dará tiempo para conversar con su médico u otro profesional que emite recetas. Pueden ayudarte a decidir lo siguiente:

- Si hay un medicamento similar en la *lista de medicamentos* que pueda tomar en su lugar.
- Si debe solicitar una excepción a estos cambios. Para obtener más información sobre las excepciones, consulte las preguntas B10 a B12.

#### **B4. ¿Existen restricciones o límites para la cobertura de medicamentos o algún trámite obligatorio que deba realizar para obtener determinados medicamentos?**

Sí, algunos medicamentos tienen reglas de cobertura o límites con respecto a la cantidad que usted puede obtener. En algunos casos, usted o su médico, u otro profesional que emite recetas, deben hacer un trámite previo para obtener el medicamento. Por ejemplo:

- **Autorización previa:** en el caso de determinados medicamentos, usted, el médico u otro profesional que emita recetas deben obtener la autorización de **Priority**Medicare Dual Premier antes de surtir la receta. La autorización previa es diferente a una derivación. **Priority**Medicare Dual Premier podría no cubrir el medicamento si no obtiene una autorización previa.
- **Límites de cantidad:** en ocasiones, **Priority**Medicare Dual Premier limita la cantidad que usted puede obtener de un medicamento.
- **Tratamiento escalonado:** en ocasiones, **Priority**Medicare Dual Premier requiere que usted realice un tratamiento escalonado. Esto implica que usted debe probar medicamentos en determinado orden para su afección médica. Es posible que deba probar un medicamento antes de que cubramos otro. Si el médico prescriptor considera que el primer medicamento no produce el efecto esperado, cubriremos el segundo.

Puede verificar si el medicamento tiene límites o requisitos adicionales al consultar las tablas de la **sección C1**. También puede obtener más información en nuestro sitio web [prioritymedicare.com](http://prioritymedicare.com). En nuestro sitio web, hemos publicado los documentos donde se explican las restricciones aplicables a la autorización previa y al tratamiento escalonado. También puede solicitar que le enviemos una copia.

**Puede solicitar una excepción a esos límites.** Esto le dará tiempo para conversar con su médico u otro profesional que emite recetas. Pueden ayudarle a decidir si hay un medicamento similar en la *lista de medicamentos* que pueda tomar o si es necesario solicitar una excepción. Consulte las preguntas B10 a B12 para obtener más información sobre las excepciones.

#### **B5. ¿Cómo puedo verificar si hay límites o si debo realizar trámites obligatorios para obtener el medicamento que quiero?**

En la tabla de la sección “Lista de medicamentos por afección médica”, hay una columna denominada “Acciones necesarias, restricciones o límites de uso”.

---

**En caso de tener alguna pregunta,** llame a **Priority**Medicare Dual Premier al 833.939.0983 (TTY: 711). Del 1 de octubre al 31 de marzo, nuestro horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m., hora del este, los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, nuestro horario de atención es de lunes a viernes desde las 8 a. m. hasta las 8 p. m. y los sábados desde las 8 a. m. hasta el mediodía, hora del



**B6. ¿Qué sucede si PriorityMedicare Dual Premier cambia las reglas sobre cómo se cubren algunos medicamentos (por ejemplo, autorización previa, límites de cantidad o restricciones por tratamiento escalonado)?**

En algunos casos, le notificaremos con anticipación si agregamos o cambiamos la autorización previa, los límites de cantidad o las restricciones de tratamiento escalonado de un medicamento. Consulte la pregunta B3 para obtener más información sobre este aviso previo y las situaciones en las que no podríamos informarle con anticipación cuándo cambiarán nuestras reglas de los medicamentos incluidos en la *lista de medicamentos*.

**B7. ¿Cómo puedo encontrar un medicamento en la *lista de medicamentos*??**

Existen dos maneras de buscar un medicamento:

- Puede buscar por orden alfabético.
- Puede buscar por afección médica.

Para buscar **por orden alfabético**, busque su medicamento en la sección del índice de medicamentos con cobertura. Puede encontrarlo en la página siguiente a la lista de medicamentos. En este índice se presenta una lista por orden alfabético de todos los medicamentos que conforman la *lista de medicamentos*. El índice incluye medicamentos de marca, genéricos y de venta libre (OTC).

Para buscar por afección médica, busque la **sección C1** denominada “Lista de medicamentos por afección médica”. Los medicamentos incluidos en esta sección se agrupan en categorías dependiendo del tipo de afecciones médicas que tratan. Por ejemplo, si tiene una afección cardíaca, debe buscar en la categoría “Fármacos cardiovasculares”. En ese apartado encontrará los medicamentos que sirve para tratar afecciones cardíacas.

**B8. ¿Qué pasa si el medicamento que quiero tomar no está en la *lista de medicamentos*??**

Si no encuentra el medicamento en la *lista de medicamentos*, llame a atención al cliente a los números que figuran en la parte inferior de esta página y pregunte al respecto. Si descubre que **PriorityMedicare Dual Premier** no cubrirá el medicamento, puede realizar alguna de las siguientes acciones:

- Solicite a atención al cliente una lista de medicamentos similares al que desea tomar. Luego, muéstrole esa lista a su médico u otro profesional que emite recetas. Este profesional puede recetarle un medicamento de la *lista de medicamentos* que sea similar al que desea tomar.
- Solicite a **PriorityMedicare Dual Premier** que haga una excepción y cubra el medicamento. Consulte las preguntas B10 a B12 para obtener más información sobre las excepciones.

**B9. ¿Qué sucede si soy un afiliado nuevo a PriorityMedicare Dual Premier y no encuentro mi medicamento en la *lista de medicamentos* o tengo problemas para obtenerlo?**

En caso de tener alguna pregunta, llame a PriorityMedicare Dual Premier al 833.939.0983 (TTY: 711). Del 1 de octubre al 31 de marzo, nuestro horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m., hora del este, los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, nuestro horario de atención es de lunes a viernes desde las 8 a. m. hasta las 8 p. m. y los sábados desde las 8 a. m. hasta el mediodía, hora del

Podemos ayudarle. Podemos cubrir un suministro temporal para 30 días de su medicamento durante los primeros 90 días como afiliado de **Priority**Medicare Dual Premier. Esto le dará tiempo para conversar con su médico u otro

---

**En caso de tener alguna pregunta**, llame a **Priority**Medicare Dual Premier al 833.939.0983 (TTY: 711). Del 1 de octubre al 31 de marzo, nuestro horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m., hora del este, los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, nuestro horario de atención es de lunes a viernes desde las 8 a. m. hasta las 8 p. m. y los sábados desde las 8 a. m. hasta el mediodía, hora del

profesional que emite recetas. Este profesional puede ayudarle a determinar si hay un medicamento similar en la *lista de medicamentos* que pueda tomar o si es necesario solicitar una excepción.

Si la receta está prescrita para menos días, permitiremos que realice varias reposiciones para proporcionar un suministro máximo de 30 días del medicamento.

Cubriremos un suministro de 30 días del medicamento en los siguientes casos:

- Toma un medicamento que no está en nuestra *lista de medicamentos*.
- Las reglas de nuestro plan no le permiten obtener la cantidad que le indica el médico prescriptor.
- El medicamento requiere autorización previa de **Priority**Medicare Dual Premier.
- Toma un medicamento que está sujeto a una restricción de tratamiento escalonado.

Si se encuentra en un asilo de ancianos u otro centro de atención a largo plazo, y necesita un medicamento que no está en la *lista de medicamentos*, o si no puede obtener el medicamento que necesita con facilidad, podemos ayudarle. Para aquellos afiliados que han estado en el plan por más de 90 días, residen en un centro de atención a largo plazo y necesitan un suministro de inmediato:

- Cubriremos un suministro para 31 días del medicamento que necesita, a menos que tenga una receta para menos días, sea o no un afiliado nuevo de **Priority**Medicare Dual Premier.
- Esto es adicional al suministro temporal durante los primeros 90 días de su afiliación a **Priority**Medicare Dual Premier.

**Priority**Medicare Dual Premier proporciona un suministro de transición para al menos 30 días del medicamento a los afiliados que presentan un cambio en el nivel de atención, a menos que la receta esté prescrita para menos días.

#### **B10. ¿Puedo solicitar una excepción para que se cubra mi medicamento?**

Sí, puede solicitar a **Priority**Medicare Dual Premier que haga una excepción y cubra un medicamento que no está en la *lista de medicamentos*.

También puede solicitarnos que cambiemos las reglas que se aplican a su medicamento.

- Por ejemplo, **Priority**Medicare Dual Premier podría limitar la cantidad de un medicamento que cubriremos. Si el medicamento tiene un límite, puede pedirnos que cambiemos el límite y cubramos una mayor cantidad.
- Otros ejemplos: puede solicitarnos que eliminemos las restricciones del tratamiento escalonado o los requisitos de autorización previa.

#### **B11. ¿Cómo puedo solicitar una excepción?**

Para solicitar una excepción, llame a atención al cliente. Un representante de atención al cliente trabajará con usted y con el médico prescriptor para ayudarle a solicitar una excepción. También puede leer la **sección G2, del capítulo 9** del *Manual para el afiliado si*

**En caso de tener alguna pregunta**, llame a **Priority**Medicare Dual Premier al 833.939.0983 (TTY: 711). Del 1 de octubre al 31 de marzo, nuestro horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m., hora del este, los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, nuestro horario de atención es de lunes a viernes desde las 8 a. m. hasta las 8 p. m. y los sábados desde las 8 a. m. hasta el mediodía, hora del

desea obtener más información sobre las excepciones.

### **B12. ¿Cuánto tiempo demora obtener una excepción?**

Luego de que recibamos un informe del médico prescriptor que respalde su solicitud de excepción, le informaremos la decisión en un plazo de 72 horas. El médico prescriptor puede llamarnos con su informe de respaldo a los números que figuran en la parte inferior de esta página, puede enviar su informe por fax al 877.974.4411 o puede enviarlo por correo postal a la siguiente dirección: Priority Health Medicare, MS 1260, 1231 East Beltline Ave, NE Grand Rapids, MI 49525.

Si usted o el médico prescriptor consideran que su salud puede verse afectada si tiene que esperar 72 horas para recibir una decisión, puede solicitar una excepción expedita. Es una decisión más rápida. Si el médico prescriptor respalda su solicitud, le informaremos la decisión en un plazo de 24 horas posteriores a la recepción del informe de respaldo de su médico prescriptor.

### **B13. ¿Qué son los medicamentos genéricos?**

Los medicamentos genéricos están hechos con los mismos principios activos que los medicamentos de marca. Por lo general, funcionan de la misma manera que los medicamentos de marca y suelen costar menos. No suelen tener nombres muy conocidos. Los medicamentos genéricos cuentan con la aprobación de la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA). Existen medicamentos genéricos disponibles para muchos medicamentos de marca. En la mayoría de los casos, la farmacia puede sustituir los medicamentos de marca por medicamentos genéricos sin necesidad de una nueva receta; sin embargo, esto depende de las leyes estatales.

**Priority**Medicare Dual Premier ofrece cobertura tanto para los medicamentos de marca como para los genéricos.

### **B14. ¿Qué son los productos biológicos originales y cómo se relacionan con los medicamentos biosimilares?**

Cuando nos referimos a “medicamentos”, podría tratarse de un medicamento o un producto biológico. Los productos biológicos son medicamentos 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 denominadas biosimilares. Por lo general, los biosimilares funcionan de la misma manera que los productos biológicos originales y suelen costar menos. Existen alternativas biosimilares para algunos productos biológicos originales. Algunos medicamentos biosimilares son intercambiables por lo que, dependiendo de las leyes estatales, pueden sustituir al producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, del mismo modo que los medicamentos genéricos pueden sustituir a los medicamentos de marca.

---

**En caso de tener alguna pregunta**, llame a **Priority**Medicare Dual Premier al 833.939.0983 (TTY: 711). Del 1 de octubre al 31 de marzo, nuestro horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m., hora del este, los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, nuestro horario de atención es de lunes a viernes desde las 8 a. m. hasta las 8 p. m. y los sábados desde las 8 a. m. hasta el mediodía, hora del

Para obtener más información sobre los tipos de medicamentos, consulte el **capítulo 5** del *Manual para el afiliado*.

**B15. ¿Qué son los medicamentos de venta libre (OTC)?**

“OTC” son las siglas en inglés del término “over-the-counter” que significa “de venta libre” o “sin receta”. **Priority**Medicare Dual Premier cubre algunos medicamentos de venta libre cuando los receta su proveedor.

Puede leer la *lista de medicamentos* de **Priority**Medicare Dual Premier para averiguar qué medicamentos de venta libre están cubiertos.

---

**En caso de tener alguna pregunta**, llame a **Priority**Medicare Dual Premier al 833.939.0983 (TTY: 711). Del 1 de octubre al 31 de marzo, nuestro horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m., hora del este, los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, nuestro horario de atención es de lunes a viernes desde las 8 a. m. hasta las 8 p. m. y los sábados desde las 8 a. m. hasta el mediodía, hora del

**B16. ¿PriorityMedicare Dual Premier cubre los suministros de medicamentos con receta a largo plazo?**

- **Programas de pedidos por correo.** Ofrecemos un programa de pedidos por correo que le permite recibir un suministro hasta para tres meses de sus medicamentos directamente en su domicilio. Un suministro para tres meses tiene la misma distribución de costos que un suministro para un mes.
- **Programas de farmacia minorista con entregas para 90 días.** Algunas farmacias minoristas también pueden proporcionar un suministro hasta para tres meses de medicamentos cubiertos. Un suministro para tres meses tiene la misma distribución de costos que un suministro para un mes.

**B17. ¿Cuál es la distribución de costos?**

**Los afiliados de PriorityMedicare Dual Premier** tienen copagos de \$0 o un coseguro del 25 % (después del deducible) para los medicamentos con receta, según el nivel en el que estos se encuentren, y un copago de \$0 para los medicamentos de venta libre cubiertos por Medicaid, siempre que el afiliado cumpla con las reglas del plan. Consulte las preguntas B14 y B15 para obtener más información sobre los medicamentos de venta libre.

Los niveles son grupos de medicamentos que se incluyen en nuestra *lista de medicamentos*.

- Los medicamentos genéricos preferidos de nivel 1 tienen un copago de \$0.
- Los medicamentos genéricos de nivel 2 tienen un copago de \$0.
- Los medicamentos de marca preferidos de nivel 3 tienen un 25 % de coseguro después de alcanzar el deducible de \$615.
- Los medicamentos no preferidos de nivel 4 tienen un 25 % de coseguro después de alcanzar el deducible de \$615.
- Los medicamentos de especialidad de nivel 5 tienen un 25 % de coseguro después de alcanzar el deducible de \$615.
- Los medicamentos cubiertos por Medicaid y los de venta libre tienen un copago de \$0.

Si tiene preguntas, llame a atención al cliente a los números que figuran en la parte inferior de esta página.

---

**En caso de tener alguna pregunta**, llame a **PriorityMedicare Dual Premier** al 833.939.0983 (TTY: 711). Del 1 de octubre al 31 de marzo, nuestro horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m., hora del este, los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, nuestro horario de atención es de lunes a viernes desde las 8 a. m. hasta las 8 p. m. y los sábados desde las 8 a. m. hasta el mediodía, hora del

## C. Información general sobre la lista de medicamentos con cobertura

La *lista de medicamentos con cobertura* le proporciona información sobre los medicamentos que **Priority**Medicare Dual Premier cubre. Si tiene problemas para encontrar el medicamento en la lista, consulte el Índice de medicamentos con cobertura que comienza en la **sección D**. En dicho índice, se enumeran alfabéticamente todos los medicamentos con cobertura de **Priority**Medicare Dual Premier.

**Nota:** La abreviatura “MC” en la columna “Acciones necesarias, restricciones o límites de uso” junto a un medicamento significa que el medicamento no es un “medicamento de la Parte D”. Estos medicamentos tienen distintas reglas para las apelaciones.

- Una apelación es un procedimiento formal mediante el que nos solicita revisar y, si considera que hubo un error, cambiar una decisión que hemos tomado sobre su cobertura.
- Por ejemplo, podríamos decidir que un medicamento que desea tomar no está cubierto o que Medicare o Medicaid de Michigan ya no lo cubren.
- Si usted o el médico prescriptor no están de acuerdo con nuestra decisión, pueden apelar. Si tiene alguna pregunta, llame a atención al cliente a los números que figuran en la parte inferior de esta página.
- También puede leer el **capítulo 9** del *Manual para el afiliado* si desea obtener información sobre cómo apelar una decisión.

### C1. Lista de medicamentos por afección médica

Los medicamentos incluidos en esta sección se agrupan en categorías dependiendo del tipo de afecciones médicas que tratan. Por ejemplo, si tiene una afección cardíaca, debe buscar en la categoría “Fármacos cardiovasculares”. En ese apartado encontrará los medicamentos que sirve para tratar afecciones cardíacas.

En la primera columna de la tabla, se indica el nombre del medicamento. Los medicamentos genéricos se encuentran en letra cursiva y minúscula, por ejemplo, *atorvastatin*; los medicamentos de marca están escritos en letra mayúscula, por ejemplo, ELIQUIS; y los medicamentos de venta libre están escritos en minúsculas, por ejemplo, docusate sodium. La información incluida en la columna “Acciones necesarias, restricciones o límites de uso” le indica si **Priority**Medicare Dual Premier tiene alguna regla estipulada para cubrir el medicamento.

### A continuación, encontrará los significados de los códigos que se utilizan en la columna “Acciones necesarias, restricciones o límites de uso”:

**B/D: Parte B vs. Parte D.** Este medicamento requiere de una autorización previa y puede estar cubierto de manera diferente según los servicios médicos de la Parte B de Medicare o la cobertura de medicamentos con receta de la Parte D, dependiendo de las circunstancias. Existe la posibilidad de que, para tomar una determinación, su médico deba enviar la información que describe el uso y parámetro del medicamento.

**EA: cada uno/a.**

---

**En caso de tener alguna pregunta,** llame a **Priority**Medicare Dual Premier al 833.939.0983 (TTY: 711). Del 1 de octubre al 31 de marzo, nuestro horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m., hora del este, los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, nuestro horario de atención es de lunes a viernes desde las 8 a. m. hasta las 8 p. m. y los sábados desde las 8 a. m. hasta el mediodía, hora del



**GM: gramos.**

**HI: Infusión en el hogar.** Es probable que este medicamento con receta cuente con la cobertura de nuestro beneficio médico. Para obtener más información, llame a atención al cliente a los números que figuran en la parte inferior de esta página. La llamada es gratuita.

**LA: disponibilidad limitada.** Es posible que este medicamento con receta únicamente se encuentre disponible en ciertas farmacias. Para obtener más información, consulte el Directorio de proveedores y farmacias o llame a atención al cliente a los números que figuran en la parte inferior de esta página. La llamada es gratuita.

**MC: cubierto por Medicaid.** Medicamentos no incluidos en la Parte D o productos de venta libre que están cubiertos por Medicaid de Michigan.

**ML: mililitros**

**NE: sin Express Scripts.** Este medicamento no está disponible para surtido a través de la farmacia de entrega a domicilio de Express Scripts.

**PA: autorización previa.** Debe contar la autorización del plan antes de obtener este medicamento.

**QL: límite de cantidad.** El plan limita la cantidad que usted puede obtener de este medicamento.

**ST: tratamiento escalonado.** Debe probar un medicamento diferente antes de obtener este.

---

**En caso de tener alguna pregunta,** llame a **PriorityMedicare Dual Premier** al 833.939.0983 (TTY: 711). Del 1 de octubre al 31 de marzo, nuestro horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m., hora del este, los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, nuestro horario de atención es de lunes a viernes desde las 8 a. m. hasta las 8 p. m. y los sábados desde las 8 a. m. hasta el mediodía, hora del

Índice de contenido

|   |            |
|---|------------|
| <b>Analgésicos .....</b>  | <b>19</b>  |
| <b>Anestésicos .....</b>  | <b>23</b>  |
| <b>Fármacos para el tratamiento de adicciones y consumo excesivo de sustancias .....</b>  | <b>23</b>  |
| <b>Antibióticos.....</b>  | <b>24</b>  |
| <b>Anticonvulsivantes.....</b>  | <b>31</b>  |
| <b>Fármacos contra la demencia .....</b>  | <b>34</b>  |
| <b>Antidepresivos .....</b>   | <b>35</b>  |
| <b>Antieméticos.....</b>  | <b>38</b>  |
| <b>Antimicóticos.....</b>   | <b>38</b>  |
| <b>Fármacos antigotosos .....</b>   | <b>40</b>  |
| <b>Fármacos antimigrañosos .....</b>  | <b>40</b>  |
| <b>Fármacos para el tratamiento de la miastenia .....</b>   | <b>41</b>  |
| <b>Fármacos antimicobacterianos .....</b>   | <b>41</b>  |
| <b>Fármacos antineoplásicos .....</b>   | <b>42</b>  |
| <b>Fármacos antiparasitarios .....</b>  | <b>53</b>  |
| <b>Fármacos antiparkinsonianos.....</b>   | <b>54</b>  |
| <b>Fármacos antipsicóticos .....</b>  | <b>55</b>  |
| <b>Fármacos antiespásticos.....</b>   | <b>59</b>  |
| <b>Fármacos antivirales.....</b>  | <b>60</b>  |
| <b>Fármacos ansiolíticos.....</b>   | <b>64</b>  |
| <b>Fármacos para el trastorno bipolar .....</b>   | <b>65</b>  |
| <b>Reguladores de la glucosa en sangre .....</b>  | <b>65</b>  |
| <b>Hemoderivados y biomoduladores .....</b>   | <b>70</b>  |
| <b>Fármacos cardiovasculares .....</b>  | <b>73</b>  |
| <b>Fármacos que actúan sobre el sistema nervioso central .....</b>  | <b>84</b>  |
| <b>Fármacos para tratar problemas dentales y bucales .....</b>  | <b>88</b>  |
| <b>Fármacos dermatológicos .....</b>  | <b>88</b>  |
| <b>Fármacos que contienen electrolitos, minerales, metales o vitaminas .....</b>  | <b>93</b>  |
| <b>Fármacos gastrointestinales .....</b>  | <b>98</b>  |
| <b>Fármacos para tratar trastornos genéticos, enzimáticos o por falta de proteínas: reemplazo, modificadores, tratamiento .....</b> | <b>101</b> |
| <b>Fármacos genitourinarios .....</b>   | <b>102</b> |
| <b>Fármacos para tratamiento hormonal, estimulantes/reposición hormonal/modificadores (suprarrenales).....</b>                      | <b>103</b> |
| <b>Fármacos para tratamiento hormonal, estimulantes/reposición hormonal/modificadores (hipófisis) .....</b>                         | <b>104</b> |
| <b>Fármacos para tratamiento hormonal, estimulantes/reposición hormonal/modificadores (hormonas y modificadores sexuales).....</b>  | <b>105</b> |
| <b>Fármacos para tratamiento hormonal, estimulantes/reposición hormonal/modificadores (tiroides) .....</b>                          | <b>108</b> |
| <b>Fármacos para tratamiento hormonal, supresores (hipófisis) .....</b>   | <b>109</b> |
| <b>Fármacos para tratamiento hormonal, supresores (tiroides) .....</b>  | <b>109</b> |

|   |            |
|---|------------|
| <b>Fármacos para tratar trastornos del sistema inmunitario.....</b>               | <b>110</b> |
| <b>Fármacos para tratar la enfermedad inflamatoria intestinal .....</b>           | <b>118</b> |
| <b>Fármacos para tratar las enfermedades metabólicas óseas .....</b>              | <b>118</b> |
| <b>Fármacos para tratamientos oftalmológicos .....</b>                            | <b>119</b> |
| <b>Fármacos para tratar infecciones óticas .....</b>                              | <b>123</b> |
| <b>Fármacos para tratar problemas pulmonares y del aparato respiratorio .....</b> | <b>124</b> |
| <b>Relajantes musculoesqueléticos .....</b>                                       | <b>129</b> |
| <b>Fármacos para tratar los trastornos del sueño.....</b>                         | <b>129</b> |
| <b>Fármacos para la pérdida o el aumento de peso .....</b>                        | <b>130</b> |

## Formulario 2026

| Nombre del medicamento   | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|--|--|---|
| <b>Analgésicos</b>   |  |   |
| <b>Analgésicos</b>   |  |   |
| acetaminophen childrens, suspensión de 160 mg/5 ml, por vía oral     | \$0 (MC)                                 |   |
| acetaminophen, de liberación prolongada                              | \$0 (MC)                                 |   |
| acetaminophen extra strength, líquido 1000 mg/30 ml, por vía oral    | \$0 (MC)                                 |   |
| acetaminophen extra strength, comprimidos, por vía oral              | \$0 (MC)                                 |   |
| acetaminophen, solución de 160 mg/5 ml, 650 mg/20.3 ml, por vía oral | \$0 (MC)                                 |   |
| acetaminophen, suspensión de 80 mg/2.5 ml, por vía oral              | \$0 (MC)                                 |   |
| acetaminophen, comprimidos, por vía oral                             | \$0 (MC)                                 |   |
| aspirin, comprimido de 325 mg, por vía oral                          | \$0 (MC)                                 |   |
| aspirin, supositorios de 300 mg, por vía rectal                      | \$0 (MC)                                 |   |
| feverall childrens   | \$0 (MC)                                 |   |
| feverall infants   | \$0 (MC)                                 |   |
| feverall junior strength   | \$0 (MC)                                 |   |
| feverall, supositorio de 650 mg, por vía rectal                      | \$0 (MC)                                 |   |
| gnp acetaminophen, comprimidos, por vía oral                         | \$0 (MC)                                 |   |
| gnp pain relief extra strength, comprimidos, por vía oral            | \$0 (MC)                                 |   |
| aspirin de goodsense, comprimidos masticables, por vía oral          | \$0 (MC)                                 |   |
| histaflex  | \$0 (MC)                                 |   |
| mapap childrens, comprimidos masticables de 80 mg, por vía oral      | \$0 (MC)                                 |   |
| mapap, cápsulas, por vía oral  | \$0 (MC)                                 |   |
| tension headache   | \$0 (MC)                                 |   |

\* = suministro solo para 30 días

Para conocer el significado de las abreviaturas, consulte a partir de la página 12.

Este formulario se actualizó por última vez el 9/2/2025.

| Nombre del medicamento  | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|---|--|---|
| tri-buffered aspirin, comprimidos de 325 mg, por vía oral                             | \$0 (MC)                                 |   |
| <b>Medicamentos antiinflamatorios no esteroideos</b>                                  |  |   |
| acetaminophen-ibuprofen   | \$0 (MC)                                 |   |
| celecoxib, por vía oral   | \$0 (nivel 2)                            |   |
| diclofenac potassium, comprimidos de 50 mg, por vía oral                              | \$0 (nivel 2)                            |   |
| diclofenac sodium, de liberación prolongada   | 25 % (nivel 4)                           |   |
| diclofenac sodium, solución al 1.5 %, de uso tópico                                   | 25 % (nivel 4)                           | QL (750 ML por 30 días)                             |
| diclofenac sodium, comprimidos de 50 mg, 75 mg, de liberación retardada, por vía oral | \$0 (nivel 2)                            |   |
| diclofenac-misoprostol, comprimidos de liberación retardada, por vía oral             | 25 % (nivel 4)                           |   |
| diflunisal, por vía oral  | \$0 (nivel 2)                            |   |
| etodolac, por vía oral  | 25 % (nivel 3)                           |   |
| flurbiprofen, comprimidos de 100 mg, por vía oral                                     | \$0 (nivel 2)                            |   |
| gnp naproxen sodium, cápsulas, por vía oral   | \$0 (MC)                                 |   |
| ibu, comprimidos de 600 mg, 800 mg, por vía oral                                      | \$0 (nivel 2)                            |   |
| ibuprofen junior strength, comprimidos masticables, por vía oral                      | \$0 (MC)                                 |   |
| ibuprofen, cápsulas, por vía oral   | \$0 (MC)                                 |   |
| ibuprofen, suspensión de 100 mg/5 ml, por vía oral                                    | 25 % (nivel 4)                           |   |
| ibuprofen, comprimidos de 200 mg, por vía oral  | \$0 (MC)                                 |   |
| ibuprofen, comprimidos de 400 mg, 600 mg, 800 mg, por vía oral                        | \$0 (nivel 2)                            |   |
| infants ibuprofen   | \$0 (MC)                                 |   |
| mefenamic acid, por vía oral  | 25 % (nivel 4)                           | QL (30 de EA por 30 días)                           |
| meloxicam, comprimidos, por vía oral  | \$0 (nivel 1)                            |   |
| nabumetone, por vía oral  | \$0 (nivel 2)                            |   |

\* = suministro solo para 30 días

Para conocer el significado de las abreviaturas, consulte a partir de la página 12.

Este formulario se actualizó por última vez el 9/2/2025.

| Nombre del medicamento  | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|---|--|---|
| <i>naproxen, comprimidos, por vía oral</i>  | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <i>naproxen sodium, comprimidos de 220 mg, por vía oral</i>   | \$0 (MC)                                 |   |
| <i>oxaprozin, comprimidos, por vía oral</i>   | 25 % (nivel 4)                           |   |
| <i>piroxicam, por vía oral</i>  | 25 % (nivel 3)                           |   |
| <i>salsalate, por vía oral</i>  | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <i>sulindac, por vía oral</i>   | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <b>Analgésicos opiáceos de acción prolongada</b>  |  |   |
| <i>buprenorphine, parche transdérmico</i>   | 25 % (nivel 4)                           | QL (4 de EA por 28 días)                            |
| <i>fentanyl, parche transdérmico hasta 72 horas, 100 mcg/hora, 12 mcg/hora, 25 mcg/hora, 50 mcg/hora, 75 mcg/hora</i> | 25 % (nivel 4)                           | QL (10 de EA por 30 días)                           |
| <i>hydromorphone hcl, comprimidos de liberación prolongada hasta 24 horas, por vía oral</i>                           | 25 % (nivel 4)                           | QL (60 de EA por 30 días)                           |
| <i>methadone hcl, solución de 10 mg/5 ml, por vía oral</i>  | 25 % (nivel 4)                           | QL (600 ML por 30 días)                             |
| <i>methadone hcl, solución de 5 mg/5 ml, por vía oral</i>   | 25 % (nivel 4)                           | QL (1200 ML por 30 días)                            |
| <i>methadone hcl, comprimidos de 10 mg, por vía oral</i>  | 25 % (nivel 4)                           | QL (90 de EA por 30 días)                           |
| <i>methadone hcl, comprimidos de 5 mg, por vía oral</i>   | 25 % (nivel 4)                           | QL (120 de EA por 30 días)                          |
| <i>morphine sulfate, comprimidos de 100 mg de liberación prolongada, por vía oral</i>                                 | 25 % (nivel 4)                           | QL (60 de EA por 30 días)                           |
| <i>morphine sulfate, comprimidos de 15 mg, 200 mg, 30 mg, 60 mg de liberación prolongada, por vía oral</i>            | 25 % (nivel 4)                           | QL (120 de EA por 30 días)                          |
| <i>oxymorphone hcl, de liberación prolongada</i>  | 25 % (nivel 4)                           | QL (90 de EA por 30 días)                           |
| <i>tramadol hcl, de liberación prolongada</i>   | 25 % (nivel 3)                           | QL (30 de EA por 30 días)                           |
| <b>Analgésicos opiáceos de acción corta</b>   |  |   |
| <i>acetaminophen-codeine, solución de 300-30 mg/12.5 ml, por vía oral</i>   | 25 % (nivel 4)                           | QL (2700 ML por 30 días)                            |
| <i>acetaminophen-codeine, comprimidos de 300-15 mg, 300-30 mg, por vía oral</i>                                       | 25 % (nivel 4)                           | QL (360 de EA por 30 días)                          |

\* = suministro solo para 30 días

Para conocer el significado de las abreviaturas, consulte a partir de la página 12.

Este formulario se actualizó por última vez el 9/2/2025.

| Nombre del medicamento   | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|--|--|---|
| <i>acetaminophen-codeine, comprimidos de 300-60 mg, por vía oral</i>                                       | 25 % (nivel 4)                           | QL (180 de EA por 30 días)                          |
| <i>butorphanol tartrate, por vía nasal</i>   | 25 % (nivel 4)                           | QL (10 ML por 28 días)                              |
| <i>codeine sulfate, comprimidos de 30 mg, 60 mg, por vía oral</i>  | 25 % (nivel 4)                           | QL (180 de EA por 30 días)                          |
| ENDOCET, COMPRIMIDOS DE 10-325 MG, 2.5-325 MG, 7.5-325 MG, POR VÍA ORAL                                    | 25 % (nivel 4)                           | QL (360 de EA por 30 días); NE                      |
| ENDOCET, COMPRIMIDOS DE 5-325 MG, POR VÍA ORAL   | 25 % (nivel 4)                           | QL (360 de EA por 30 días)                          |
| <i>hydrocodone-acetaminophen, solución de 10-325 mg/15 ml, 7.5-325 mg/15 ml, por vía oral</i>              | 25 % (nivel 4)                           | QL (5520 ML por 30 días)                            |
| <i>hydrocodone-acetaminophen, comprimidos de 10-325 mg, 2.5-325 mg, 5-325 mg, 7.5-325 mg, por vía oral</i> | 25 % (nivel 4)                           | QL (360 de EA por 30 días)                          |
| <i>hydrocodone-ibuprofen, comprimidos de 7.5-200 mg, por vía oral</i>                                      | 25 % (nivel 4)                           | QL (150 de EA por 30 días)                          |
| <i>hydromorphone hcl, líquido, por vía oral</i>  | 25 % (nivel 4)                           | QL (2400 ML por 30 días)                            |
| <i>hydromorphone hcl, comprimidos de 2 mg, 4 mg, por vía oral</i>  | 25 % (nivel 4)                           | QL (180 de EA por 30 días)                          |
| <i>hydromorphone hcl, comprimidos de 8 mg, por vía oral</i>  | 25 % (nivel 4)                           |   |
| <i>hydromorphone hcl pf, solución de 10 mg/ml, 50 mg/5 ml, por vía inyectable</i>                          | 25 % (nivel 4)                           | QL (240 ML por 30 días)                             |
| <i>morphine sulfate (concentrate), de 100 mg/5ml, concentrado para solución, por vía oral</i>              | 25 % (nivel 4)                           | QL (60 ML por 30 días)                              |
| <i>morphine sulfate, solución concentrada de 20 mg/ml, por vía oral</i>                                    | 25 % (nivel 4)                           | QL (900 ML por 30 días)                             |
| <i>morphine sulfate, solución, por vía oral</i>  | 25 % (nivel 4)                           | QL (900 ML por 30 días)                             |
| <i>morphine sulfate, comprimidos, por vía oral</i>   | 25 % (nivel 4)                           | QL (180 de EA por 30 días)                          |
| <i>oxycodone hcl, concentrado de 100 mg/5 ml, por vía oral</i>   | 25 % (nivel 4)                           | QL (180 ML por 30 días)                             |
| <i>oxycodone hcl, solución, por vía oral</i>   | 25 % (nivel 4)                           | QL (1200 ML por 30 días)                            |
| <i>oxycodone hcl, comprimidos de 10 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, por vía oral</i>                              | 25 % (nivel 4)                           | QL (180 de EA por 30 días)                          |

\* = suministro solo para 30 días

Para conocer el significado de las abreviaturas, consulte a partir de la página 12.

Este formulario se actualizó por última vez el 9/2/2025.



| Nombre del medicamento   | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|--|--|---|
| <i>oxycodone hcl, comprimidos de 5 mg, por vía oral</i>                                      | 25 % (nivel 4)                           | QL (360 de EA por 30 días)                          |
| <i>oxycodone-acetaminophen, comprimidos de 10-325 mg, 5-325 mg, 7.5-325 mg, por vía oral</i> | 25 % (nivel 4)                           | QL (360 de EA por 30 días)                          |
| <i>oxymorphone hcl, comprimidos de 10 mg, por vía oral</i>                                   | 25 % (nivel 4)                           | QL (360 de EA por 30 días)                          |
| <i>oxymorphone hcl, comprimidos de 5 mg, por vía oral</i>                                    | 25 % (nivel 4)                           | QL (180 de EA por 30 días)                          |
| <i>tramadol hcl, comprimidos de 50 mg, por vía oral</i>                                      | 25 % (nivel 3)                           | QL (240 de EA por 30 días)                          |
| <i>tramadol-acetaminophen</i>  | 25 % (nivel 3)                           | QL (240 de EA por 30 días)                          |
| <b>Anestésicos</b>   |  |   |
| <b>Anestésicos locales</b>   |  |   |
| <i>lidocaine, crema de uso tópico al 4 %</i>   | \$0 (MC)                                 |   |
| <i>lidocaine, ungüento de uso tópico al 5 %</i>  | 25 % (nivel 3)                           |   |
| <i>lidocaine, parche transdérmico al 5 %, de uso tópico</i>                                  | 25 % (nivel 3)                           | PA; QL (90 de EA por 30 días)                       |
| <i>lidocaine hcl, solución de uso tópico</i>   | 25 % (nivel 3)                           |   |
| <i>lidocaine hcl, por vía uretral/membranas mucosas</i>                                      | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <i>lidocaine viscous hcl</i>   | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <i>lidocaine-prilocaine, crema de uso tópico</i>   | 25 % (nivel 3)                           |   |
| LIDOCAN  | 25 % (nivel 3)                           | PA; QL (90 de EA por 30 días)                       |
| LIDOCAN III  | 25 % (nivel 3)                           | PA; QL (90 de EA por 30 días)                       |
| TRIDACAIN II   | 25 % (nivel 3)                           | PA; QL (90 de EA por 30 días)                       |
| TRIDACAIN III  | 25 % (nivel 3)                           | PA; QL (90 de EA por 30 días)                       |
| TRIDACAIN XL   | 25 % (nivel 3)                           | PA; QL (90 de EA por 30 días)                       |
| <b>Fármacos para el tratamiento de adicciones y consumo excesivo de sustancias</b>           |  |   |
| <b>Fármacos para tratar la dependencia del alcohol</b>                                       |  |   |

\* = suministro solo para 30 días

Para conocer el significado de las abreviaturas, consulte a partir de la página 12.

Este formulario se actualizó por última vez el 9/2/2025.

| Nombre del medicamento  | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|---|--|---|
| <i>acamprosate calcium</i>  | 25 % (nivel 4)                           |   |
| <i>disulfiram, por vía oral</i>   | 25 % (nivel 3)                           |   |
| <b>Fármacos para tratar la dependencia a los opioides</b>                         |  |   |
| <i>buprenorphine hcl, por vía sublingual</i>                                      | 25 % (nivel 3)                           |   |
| <i>buprenorphine hcl-naloxone hcl, tira sublingual</i>                            | 25 % (nivel 4)                           |   |
| <i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual, comprimidos, por vía sublingual</i> | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <i>naltrexone hcl, por vía oral</i>   | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <b>Fármacos antagonistas de los opioides</b>                                      |  |   |
| KLOXXADO  | 25 % (nivel 4)                           | QL (2 de EA por 30 días)                            |
| <i>naloxone hcl, solución de 0.4 mg/ml, por vía inyectable</i>                    | \$0 (nivel 1)                            |   |
| <i>naloxone hcl, solución en cartucho, por vía inyectable</i>                     | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <i>naloxone hcl, solución en jeringa precargada, por vía inyectable</i>           | \$0 (nivel 1)                            |   |
| opvee   | 25 % (nivel 3)                           | QL (2 de EA por 30 días)                            |
| <b>Fármacos para dejar de fumar</b>   |  |   |
| <i>bupropion hcl, de liberación prolongada, disuasivo para fumadores</i>          | \$0 (nivel 2)                            |   |
| ft nicotine mini, comprimidos para la boca/garganta, 4 mg                         | \$0 (MC)                                 | QL (270 de EA por 30 días)                          |
| nicotine polacrilex mini  | \$0 (MC)                                 | QL (270 de EA por 30 días)                          |
| nicotine polacrilex, para la boca y garganta                                      | \$0 (MC)                                 | QL (270 de EA por 30 días)                          |
| nicotine, parche transdérmico hasta 24 horas                                      | \$0 (MC)                                 | QL (28 de EA por 28 días)                           |
| NICOTROL NS   | 25 % (nivel 4)                           |   |
| <i>varenicline tartrate, tratamiento inicial</i>                                  | 25 % (nivel 4)                           |   |
| <i>varenicline tartrate, comprimidos, por vía oral</i>                            | 25 % (nivel 4)                           |   |
| <b>Antibióticos</b>   |  |   |
| <b>Aminoglucósidos</b>  |  |   |
| <i>amikacin sulfate, solución de 500 mg/2 ml, por vía inyectable</i>              | 25 % (nivel 4)                           | HI  |

\* = suministro solo para 30 días

Para conocer el significado de las abreviaturas, consulte a partir de la página 12.

Este formulario se actualizó por última vez el 9/2/2025.

| Nombre del medicamento  | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|---|--|---|
| ARIKAYCE  | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (235.2 ML por 28 días)                       |
| <i>gentamicin, en solución salina, de 0.8-0.9 mg/ml-%, 1-0.9 mg/ml-%, 1.2-0.9 mg/ml-%, 1.6-0.9 mg/ml-%, por vía intravenosa</i> | 25 % (nivel 4)                           | HI  |
| <i>gentamicin sulfate, de uso tópico</i>  | 25 % (nivel 4)                           | QL (90 GM por 30 días)                              |
| <i>gentamicin sulfate, solución de 40 mg/ml, por vía inyectable</i>   | 25 % (nivel 4)                           |   |
| <i>neomycin sulfate, por vía oral</i>   | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <i>streptomycin sulfate, por vía intramuscular</i>  | 25 % (nivel 4)                           |   |
| <i>tobramycin sulfate, solución de 10 mg/ml, por vía inyectable</i>   | 25 % (nivel 3)                           | HI; QL (720 ML por 30 días)                         |
| <i>tobramycin sulfate, solución de 80 mg/2 ml, por vía inyectable</i>   | 25 % (nivel 4)                           | QL (720 ML por 30 días)                             |
| <b>Antibióticos, otros</b>  |  |   |
| <i>aztreonam</i>  | 25 % (nivel 4)                           | HI  |
| <i>clindamycin hcl, cápsulas de 150 mg, 300 mg, por vía oral</i>  | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <i>clindamycin palmitate hcl</i>  | 25 % (nivel 4)                           |   |
| <i>clindamycin phosphate, de uso tópico con hisopo</i>  | 25 % (nivel 3)                           |   |
| <i>clindamycin phosphate, en dextrosa al 5 %</i>  | 25 % (nivel 4)                           |   |
| <i>clindamycin phosphate, por vía vaginal</i>   | 25 % (nivel 4)                           |   |
| <i>colistimethate sodium (cba)</i>  | 25 % (nivel 5)*                          | PA; HI  |
| <i>daptomycin, solución reconstituida de 500 mg, por vía intravenosa</i>  | 25 % (nivel 5)*                          | HI  |
| <i>fosfomycin tromethamine</i>  | 25 % (nivel 4)                           |   |
| <i>linezolid, solución de 600 mg/300 ml, por vía intravenosa</i>  | 25 % (nivel 4)                           |   |
| <i>linezolid, suspensión reconstituida, por vía oral</i>  | 25 % (nivel 5)*                          |   |
| <i>linezolid, comprimidos, por vía oral</i>   | 25 % (nivel 3)                           | QL (56 de EA por 28 días)                           |
| <i>methenamine hippurate</i>  | 25 % (nivel 3)                           |   |
| <i>metronidazole, crema de uso tópico</i>   | \$0 (nivel 2)                            |   |

\* = suministro solo para 30 días

Para conocer el significado de las abreviaturas, consulte a partir de la página 12.

Este formulario se actualizó por última vez el 9/2/2025.

| Nombre del medicamento   | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|--|--|---|
| <i>metronidazole, gel de uso tópico</i>  | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <i>metronidazole, loción de uso tópico</i>   | 25 % (nivel 4)                           |   |
| <i>metronidazole, solución de 500 mg/100 ml, por vía intravenosa</i>                         | 25 % (nivel 4)                           |   |
| <i>metronidazole, comprimidos de 250 mg, 500 mg, por vía oral</i>                            | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <i>metronidazole, por vía vaginal</i>  | 25 % (nivel 3)                           |   |
| <i>nitrofurantoin macrocrystal, cápsulas de 100 mg, 50 mg, por vía oral</i>                  | 25 % (nivel 3)                           |   |
| <i>nitrofurantoin monohyd macro</i>  | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <i>tigecycline</i>   | 25 % (nivel 4)                           |   |
| <i>tinidazole, por vía oral</i>  | 25 % (nivel 4)                           |   |
| <i>trimethoprim, por vía oral</i>  | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <i>vancomycin hcl, solución reconstituida de 1 gm, 500 mg, por vía intravenosa</i>           | 25 % (nivel 3)                           | HI  |
| <i>vancomycin hcl, solución reconstituida de 1.25 gm, 1.5 gm, 10 gm, por vía intravenosa</i> | 25 % (nivel 4)                           | HI  |
| <i>vancomycin hcl, solución reconstituida de 1.75 gm, 2 gm, por vía intravenosa</i>          | \$0 (nivel 2)                            | HI  |
| <i>vancomycin hcl, cápsulas de 125 mg, por vía oral</i>                                      | 25 % (nivel 4)                           | QL (80 de EA por 30 días)                           |
| <i>vancomycin hcl, cápsulas de 250 mg, por vía oral</i>                                      | 25 % (nivel 4)                           | QL (160 de EA por 30 días)                          |
| <i>vancomycin hcl, solución reconstituida de 25 mg/ml, 250 mg/5 ml, por vía oral</i>         | 25 % (nivel 4)                           |   |
| XIFAXAN, COMPRIMIDOS DE 200 MG, POR VÍA ORAL   | 25 % (nivel 4)                           | PA; QL (9 de EA por 30 días)                        |
| XIFAXAN, COMPRIMIDOS DE 550 MG, POR VÍA ORAL   | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (60 de EA por 30 días)                       |
| <b>Antibióticos beta-lactámicos, cefalosporinas</b>  |  |   |
| <i>cefaclor, cápsulas, por vía oral</i>  | 25 % (nivel 3)                           |   |
| <i>cefaclor, suspensión reconstituida de 250 mg/5 ml, por vía oral</i>                       | 25 % (nivel 4)                           |   |
| <i>cefadroxil, cápsulas, por vía oral</i>  | \$0 (nivel 2)                            |   |

\* = suministro solo para 30 días

Para conocer el significado de las abreviaturas, consulte a partir de la página 12.

Este formulario se actualizó por última vez el 9/2/2025.

| Nombre del medicamento  | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|---|--|---|
| <i>cefadroxil, suspensión reconstituida, por vía oral</i>   | 25 % (nivel 3)                           |   |
| <i>cefazolin sodium, solución reconstituida de 1 gm, 10 gm, 500 mg, por vía inyectable</i>          | 25 % (nivel 4)                           | HI  |
| <i>cefdinir</i>   | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <i>cefepime hcl, solución reconstituida de 1 gm, por vía inyectable</i>                             | 25 % (nivel 4)                           | HI  |
| <i>cefepime hcl, solución reconstituida de 2 gm, por vía intravenosa</i>                            | 25 % (nivel 4)                           | HI  |
| <i>cefixime, cápsulas, por vía oral</i>   | 25 % (nivel 4)                           |   |
| <i>cefoxitin sodium, por vía intravenosa</i>  | 25 % (nivel 4)                           | HI  |
| <i>cefpodoxime proxetil</i>   | 25 % (nivel 3)                           |   |
| <i>cefprozil</i>  | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <i>ceftazidime, solución reconstituida de 1 gm, 6 gm, por vía inyectable</i>                        | 25 % (nivel 4)                           | HI  |
| <i>ceftazidime, por vía intravenosa</i>   | 25 % (nivel 4)                           | HI  |
| <i>ceftriaxone sodium, solución reconstituida de 1 gm, 2g m, 250 mg, 500 mg, por vía inyectable</i> | 25 % (nivel 4)                           | HI  |
| <i>ceftriaxone sodium, solución reconstituida de 10 gm, por vía intravenosa</i>                     | 25 % (nivel 4)                           | HI  |
| <i>cefuroxime axetil, comprimidos, por vía oral</i>   | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <i>cefuroxime sodium, solución reconstituida de 750 mg, por vía inyectable</i>                      | 25 % (nivel 4)                           | HI  |
| <i>cefuroxime sodium, solución reconstituida de 1.5 gm, por vía intravenosa</i>                     | 25 % (nivel 4)                           | HI  |
| <i>cephalexin, cápsulas de 250 mg, 500 mg, por vía oral</i>   | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <i>cephalexin, suspensión reconstituida, por vía oral</i>   | \$0 (nivel 2)                            |   |
| TEFLARO   | 25 % (nivel 4)                           |   |
| <b>Antibióticos beta-lactámicos, penicilinas</b>  |  |   |
| <i>amoxicillin, cápsulas, por vía oral</i>  | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <i>amoxicillin, suspensión reconstituida, por vía oral</i>  | \$0 (nivel 2)                            |   |

\* = suministro solo para 30 días

Para conocer el significado de las abreviaturas, consulte a partir de la página 12.

Este formulario se actualizó por última vez el 9/2/2025.

| Nombre del medicamento  | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|---|--|---|
| <i>amoxicillin, comprimidos, por vía oral</i>   | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <i>amoxicillin, tabletas masticables de 125 mg, 250 mg, por vía oral</i>  | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <i>amoxicillin-pot clavulanate, de liberación prolongada</i>  | 25 % (nivel 4)                           |   |
| <i>amoxicillin-pot clavulanate, suspensión reconstituida de 200-28.5 mg/5 ml, 400-57 mg/5 ml, 600-42.9 mg/5ml, por vía oral</i> | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <i>amoxicillin-pot clavulanate, suspensión reconstituida de 250-62.5 mg/5 ml, por vía oral</i>                                  | 25 % (nivel 4)                           |   |
| <i>amoxicillin-pot clavulanate, comprimidos, por vía oral</i>   | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <i>ampicillin, cápsulas de 500 mg, por vía oral</i>   | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <i>ampicillin sodium, solución reconstituida de 1 gm, por vía inyectable</i>  | 25 % (nivel 4)                           | HI  |
| <i>ampicillin sodium, solución reconstituida de 10 gm, por vía intravenosa</i>  | 25 % (nivel 4)                           | HI  |
| <i>ampicillin-sulbactam sodium, solución reconstituida de 3 (2-1) gm, por vía inyectable</i>                                    | 25 % (nivel 4)                           | HI  |
| <i>ampicillin-sulbactam sodium, solución reconstituida de 15 (10-5) gm, por vía intravenosa</i>                                 | 25 % (nivel 4)                           | HI  |
| BICILLIN C-R  | 25 % (nivel 3)                           |   |
| BICILLIN C-R 900/300  | 25 % (nivel 3)                           |   |
| BICILLIN L-A, SUSPENSIÓN EN JERINGA PRECARGADA, POR VÍA INTRAMUSCULAR   | 25 % (nivel 3)                           |   |
| <i>dicloxacillin sodium</i>   | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <i>nafticillin sodium, solución reconstituida de 1 gm, 2 gm, por vía inyectable</i>   | 25 % (nivel 4)                           |   |
| <i>nafticillin sodium, solución reconstituida de 10 gm, por vía intravenosa</i>   | 25 % (nivel 4)                           |   |
| <i>oxacillin sodium, solución reconstituida de 1 gm, por vía inyectable</i>   | 25 % (nivel 4)                           |   |

\* = suministro solo para 30 días

Para conocer el significado de las abreviaturas, consulte a partir de la página 12.

Este formulario se actualizó por última vez el 9/2/2025.



| Nombre del medicamento   | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|--|--|---|
| <i>oxacillin sodium, por vía intravenosa</i>   | 25 % (nivel 4)                           |   |
| <i>penicillin g pot, solución en dextrosa de 40000 unidades/ml, 60000 unidades/ml, por vía intravenosa</i>   | 25 % (nivel 4)                           | HI  |
| <i>penicillin g potassium, solución reconstituida de 20000000 unidades, por vía inyectable</i>   | 25 % (nivel 4)                           | HI  |
| <i>penicillin g potassium, solución reconstituida de 5000000 unidades, por vía inyectable</i>  | 25 % (nivel 4)                           |   |
| <i>penicillin g sodium</i>   | 25 % (nivel 4)                           |   |
| <i>penicillin v potassium, solución reconstituida, por vía oral</i>  | 25 % (nivel 4)                           |   |
| <i>penicillin v potassium, comprimidos, por vía oral</i>   | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <i>piperacillin sod-tazobactam so, solución reconstituida de 2.25 (2-0.25) gm, 3.375 (3-0.375) gm, 4.5 (4-0.5) gm, 40.5 (36-4.5) gm, por vía intravenosa</i> | 25 % (nivel 4)                           | HI  |
| <b>Fármacos carbapenémicos</b>   |  |   |
| <i>ertapenem sodium</i>  | 25 % (nivel 4)                           |   |
| <i>imipenem-cilastatin</i>   | 25 % (nivel 4)                           |   |
| <i>meropenem, solución reconstituida de 1 mg, 500 mg, por vía intravenosa</i>  | 25 % (nivel 3)                           |   |
| <b>Macrólidos</b>  |  |   |
| <i>azithromycin, por vía intravenosa</i>   | 25 % (nivel 4)                           | HI  |
| <i>azithromycin, reconstituida, suspensión oral</i>  | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <i>azithromycin, comprimidos, por vía oral</i>   | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <i>clarithromycin, de liberación prolongada</i>  | 25 % (nivel 3)                           |   |
| <i>clarithromycin, suspensión reconstituida, por vía oral</i>  | 25 % (nivel 4)                           |   |
| <i>clarithromycin, comprimidos, por vía oral</i>   | \$0 (nivel 2)                            |   |
| DIFICID, SUSPENSIÓN RECONSTITUIDA, POR VÍA ORAL  | 25 % (nivel 5)*                          | ST; QL (136 ML por 10 días)                         |
| DIFICID, COMPRIMIDOS, POR VÍA ORAL   | 25 % (nivel 5)*                          | ST; QL (20 de EA por 10 días)                       |

\* = suministro solo para 30 días

Para conocer el significado de las abreviaturas, consulte a partir de la página 12.

Este formulario se actualizó por última vez el 9/2/2025.



| Nombre del medicamento   | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|--|--|---|
| <i>erythromycin base, cápsulas con partículas de liberación retardada, por vía oral</i>                | 25 % (nivel 4)                           |   |
| <i>erythromycin base, comprimidos, por vía oral</i>  | 25 % (nivel 4)                           |   |
| <i>erythromycin ethylsuccinate, comprimidos, por vía oral</i>  | 25 % (nivel 4)                           |   |
| <i>erythromycin, por vía oral</i>  | 25 % (nivel 4)                           |   |
| <b>Quinolónicos</b>  |  |   |
| <i>ciprofloxacin hcl, de uso oftálmico</i>   | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <i>ciprofloxacin hcl, comprimidos de 250 mg, 500 mg, por vía oral</i>                                  | \$0 (nivel 1)                            |   |
| <i>ciprofloxacin hcl, comprimidos de 750 mg, por vía oral</i>  | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <i>ciprofloxacin, en dextrosa al 5 %, solución de 200 mg/100 ml, por vía intravenosa</i>               | 25 % (nivel 4)                           |   |
| <i>levofloxacin, en dextrosa al 5 %, solución de 500 mg/100 ml, 750 mg/150 ml, por vía intravenosa</i> | 25 % (nivel 4)                           |   |
| <i>levofloxacin, solución, por vía oral</i>  | 25 % (nivel 4)                           |   |
| <i>levofloxacin, comprimidos, por vía oral</i>   | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <i>moxifloxacin hcl en nacl</i>  | 25 % (nivel 4)                           | HI  |
| <i>moxifloxacin hcl, por vía oral</i>  | 25 % (nivel 3)                           |   |
| <i>ofloxacin, comprimidos de 300 mg, 400 mg, por vía oral</i>  | 25 % (nivel 4)                           |   |
| <b>Sulfonamidas</b>  |  |   |
| <i>sulfacetamide sodium, para tratar el acné</i>   | 25 % (nivel 4)                           |   |
| <i>sulfadiazine, por vía oral</i>  | 25 % (nivel 4)                           |   |
| <i>sulfamethoxazole-trimethoprim, suspensión de 200-40 mg/5 ml, por vía oral</i>                       | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <i>sulfamethoxazole-trimethoprim, comprimidos, por vía oral</i>  | \$0 (nivel 1)                            |   |
| <b>Tetraciclinas</b>   |  |   |
| <i>demeclocycline hcl, por vía oral</i>  | 25 % (nivel 4)                           |   |
| <i>doxycycline hyclate, por vía intravenosa</i>  | 25 % (nivel 4)                           | B/D   |
| <i>doxycycline hyclate, cápsulas, por vía oral</i>   | \$0 (nivel 2)                            |   |

\* = suministro solo para 30 días

Para conocer el significado de las abreviaturas, consulte a partir de la página 12.

Este formulario se actualizó por última vez el 9/2/2025.

| Nombre del medicamento  | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|---|--|---|
| <i>doxycycline hyclate, comprimidos de 100 mg, 20 mg, por vía oral</i>            | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <i>doxycycline monohydrate, cápsulas de 100 mg, 50 mg, por vía oral</i>           | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <i>doxycycline monohydrate, cápsulas de 75 mg, por vía oral</i>                   | 25 % (nivel 4)                           |   |
| <i>doxycycline monohydrate, suspensión reconstituida, por vía oral</i>            | 25 % (nivel 4)                           |   |
| <i>doxycycline monohydrate, comprimidos de 150 mg, 50 mg, 75 mg, por vía oral</i> | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <i>minocycline hcl, cápsulas, por vía oral</i>                                    | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <i>tetracycline hcl, cápsulas, por vía oral</i>                                   | 25 % (nivel 4)                           |   |
| <b>Anticonvulsivantes</b>   |  |   |
| <b>Anticonvulsivantes, otros</b>  |  |   |
| BRIVIACT, SOLUCIÓN, POR VÍA ORAL  | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (600 ML por 30 días)                         |
| BRIVIACT, COMPRIMIDOS, POR VÍA ORAL   | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (60 de EA por 30 días)                       |
| DIACOMIT  | 25 % (nivel 5)*                          | PA  |
| EPIDIOLEX   | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (500 ML por 30 días)                         |
| EPRONTIA  | 25 % (nivel 4)                           | PA; QL (480 ML por 30 días)                         |
| <i>felbamate</i>  | 25 % (nivel 4)                           |   |
| FINTEPLA  | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (360 ML por 30 días)                         |
| FYCOMPA, SUSPENSIÓN, POR VÍA ORAL   | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (680 ML por 28 días)                         |
| FYCOMPA, COMPRIMIDOS DE 10 MG, 12 MG, 4 MG, 6 MG, 8 MG, POR VÍA ORAL              | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (30 de EA por 30 días)                       |
| FYCOMPA, COMPRIMIDOS DE 2 MG, POR VÍA ORAL  | 25 % (nivel 4)                           | PA; QL (30 de EA por 30 días)                       |
| <i>lamotrigine, de liberación prolongada</i>                                      | 25 % (nivel 4)                           |   |
| <i>lamotrigine, comprimidos, por vía oral</i>                                     | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <i>lamotrigine, tabletas masticables, por vía oral</i>                            | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <i>lamotrigine, comprimidos dispersables, por vía oral</i>                        | 25 % (nivel 4)                           |   |
| <i>levetiracetam, de liberación prolongada</i>                                    | \$0 (nivel 2)                            |   |

\* = suministro solo para 30 días

Para conocer el significado de las abreviaturas, consulte a partir de la página 12.

Este formulario se actualizó por última vez el 9/2/2025.

| Nombre del medicamento   | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|--|--|---|
| <i>levetiracetam, solución, por vía oral</i>   | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <i>levetiracetam, comprimidos, por vía oral</i>  | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <i>perampanel, comprimidos de 10 mg, 12 mg, 4 mg, 6 mg, 8 mg, por vía oral</i>                   | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (30 de EA por 30 días)                       |
| <i>perampanel, comprimidos de 2 mg, por vía oral</i>   | 25 % (nivel 4)                           | PA; QL (30 de EA por 30 días)                       |
| SPRITAM, COMPRIMIDOS SOLUBLES/DISGREGANTES DE 1000 MG, 500 MG, 750 MG, POR VÍA ORAL              | 25 % (nivel 4)                           | PA; QL (90 de EA por 30 días)                       |
| SPRITAM, COMPRIMIDOS SOLUBLES/DISGREGANTES DE 250 MG, POR VÍA ORAL                               | 25 % (nivel 4)                           | PA; QL (60 de EA por 30 días)                       |
| <i>topiramate, cápsulas con gránulos dispersables de 15 mg, 25 mg, por vía oral</i>              | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <i>topiramate, solución, por vía oral</i>  | 25 % (nivel 4)                           | PA; QL (480 ML por 30 días)                         |
| <i>topiramate, comprimidos, por vía oral</i>   | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <i>valproic acid, cápsulas, por vía oral</i>   | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <i>valproic acid, solución de 250 mg/5 ml, por vía oral</i>                                      | \$0 (nivel 2)                            |   |
| XCOPRI, CAJA DE COMPRIMIDOS DE 100 MG y 150 MG, DOSIS DIARIA DE 250 MG, POR VÍA ORAL             | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (56 de EA por 28 días)                       |
| XCOPRI, DOSIS DIARIA DE 350 MG   | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (56 de EA por 28 días)                       |
| XCOPRI, COMPRIMIDOS DE 100 MG, 25 MG, 50 MG, POR VÍA ORAL  | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (30 de EA por 30 días)                       |
| XCOPRI, COMPRIMIDOS DE 150 MG, 200 MG, POR VÍA ORAL  | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (60 de EA por 30 días)                       |
| XCOPRI, CAJA DE COMPRIMIDOS DE 14 X 12.5 MG Y 14 X 25 MG, POR VÍA ORAL                           | 25 % (nivel 4)                           | PA; QL (28 de EA por 28 días)                       |
| XCOPRI, CAJA DE COMPRIMIDOS DE 14 X 150 MG Y 14 X 200 MG, 14 X 50 MG Y 14 X 100 MG, POR VÍA ORAL | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (28 de EA por 28 días)                       |
| <b>Fármacos bloqueadores de los canales de calcio</b>  |  |   |
| <i>ethosuximide, cápsulas, por vía oral</i>  | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <i>ethosuximide, solución, por vía oral</i>  | 25 % (nivel 3)                           |   |

\* = suministro solo para 30 días

Para conocer el significado de las abreviaturas, consulte a partir de la página 12.

Este formulario se actualizó por última vez el 9/2/2025.

| Nombre del medicamento   | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|--|--|---|
| <i>methsuximide</i>  | 25 % (nivel 3)                           |   |
| ZONISADE   | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (900 ML por 30 días)                         |
| <b>Fármacos potenciadores del ácido gamma-aminibutírico (Gaba)</b> |  |   |
| <i>clobazam, suspensión de 2.5 mg/ml, por vía oral</i>             | 25 % (nivel 4)                           | PA; QL (480 ML por 30 días)                         |
| <i>clobazam, comprimidos, por vía oral</i>                         | 25 % (nivel 4)                           | PA; QL (60 de EA por 30 días)                       |
| <i>diazepam, por vía rectal</i>                                    | 25 % (nivel 4)                           |   |
| <i>gabapentin, cápsulas, por vía oral</i>                          | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <i>gabapentin, solución de 250 mg/5 ml, por vía oral</i>           | 25 % (nivel 3)                           |   |
| <i>gabapentin, comprimidos de 600 mg, 800 mg, por vía oral</i>     | \$0 (nivel 2)                            |   |
| NAYZILAM   | 25 % (nivel 4)                           | PA; QL (10 de EA por 30 días)                       |
| <i>phenobarbital elixir, por vía oral</i>                          | 25 % (nivel 4)                           | PA  |
| <i>phenobarbital, comprimidos, por vía oral</i>                    | \$0 (nivel 2)                            | PA  |
| <i>primidone, comprimidos de 250 mg, 50 mg, por vía oral</i>       | \$0 (nivel 2)                            |   |
| SYMPAZAN   | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (60 de EA por 30 días)                       |
| <i>tiagabine hcl</i>   | 25 % (nivel 4)                           |   |
| VALTOCO, DOSIS DE 10 MG  | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (10 de EA por 30 días)                       |
| VALTOCO, DOSIS DE 15 MG  | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (10 de EA por 30 días)                       |
| VALTOCO, DOSIS DE 20 MG  | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (10 de EA por 30 días)                       |
| VALTOCO, DOSIS DE 5 MG   | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (10 de EA por 30 días)                       |
| <i>vigabatrin</i>  | 25 % (nivel 5)*                          | PA; LA  |
| <i>vigadrone, caja, por vía oral</i>                               | 25 % (nivel 5)*                          | PA  |
| <i>vigadrone, comprimidos, por vía oral</i>                        | 25 % (nivel 5)*                          | PA; LA  |
| VIGAFYDE   | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (750 ML por 30 días)                         |

\* = suministro solo para 30 días

Para conocer el significado de las abreviaturas, consulte a partir de la página 12.

Este formulario se actualizó por última vez el 9/2/2025.

| Nombre del medicamento  | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|---|--|---|
| ZTALMY  | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (1100 ML por 30 días)                        |
| <b>Fármacos bloqueadores de los canales de sodio</b>                                    |  |   |
| <i>carbamazepine, comprimidos de liberación prolongada hasta 12 horas, por vía oral</i> | 25 % (nivel 3)                           |   |
| <i>carbamazepine, suspensión de 100 mg/5 ml, por vía oral</i>                           | 25 % (nivel 4)                           |   |
| <i>carbamazepine, comprimidos, por vía oral</i>   | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <i>carbamazepine, tabletas masticables de 100 mg, por vía oral</i>                      | \$0 (nivel 2)                            |   |
| DILANTIN, CÁPSULAS DE 30 MG, POR VÍA ORAL   | 25 % (nivel 4)                           |   |
| <i>epitol</i>   | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <i>eslicarbazepine acetate, comprimidos de 200 mg, 400 mg, por vía oral</i>             | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (30 de EA por 30 días)                       |
| <i>eslicarbazepine acetate, comprimidos de 600 mg, 800 mg, por vía oral</i>             | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (60 de EA por 30 días)                       |
| <i>lacosamide, solución de 10 mg/ml, por vía oral</i>                                   | 25 % (nivel 4)                           | QL (1200 ML por 30 días)                            |
| <i>lacosamide, comprimidos, por vía oral</i>  | 25 % (nivel 4)                           | QL (60 de EA por 30 días)                           |
| <i>oxcarbazepine, suspensión, por vía oral</i>  | 25 % (nivel 4)                           |   |
| <i>oxcarbazepine, comprimidos, por vía oral</i>   | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <i>phenytoin, suspensión de 125 mg/5 ml, por vía oral</i>                               | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <i>phenytoin, tabletas masticables, por vía oral</i>                                    | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <i>phenytoin sodium, cápsulas de 100 mg de acción prolongada, por vía oral</i>          | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <i>rufinamide, suspensión, por vía oral</i>   | 25 % (nivel 5)*                          | PA  |
| <i>rufinamide, comprimidos de 200 mg, por vía oral</i>                                  | 25 % (nivel 4)                           | PA  |
| <i>rufinamide, comprimidos de 400 mg, por vía oral</i>                                  | 25 % (nivel 5)*                          | PA  |
| <i>zonisamide, por vía oral</i>   | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <b>Fármacos contra la demencia</b>  |  |   |

\* = suministro solo para 30 días

Para conocer el significado de las abreviaturas, consulte a partir de la página 12.

Este formulario se actualizó por última vez el 9/2/2025.

| Nombre del medicamento  | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|---|--|---|
| <b>Fármacos contra la demencia, otros</b>   |  |   |
| <i>donepezil hcl, comprimidos de 10 mg, por vía oral</i>  | \$0 (nivel 1)                            | QL (60 de EA por 30 días)                           |
| <i>donepezil hcl, comprimidos de 5 mg, por vía oral</i>   | \$0 (nivel 1)                            | QL (30 de EA por 30 días)                           |
| <i>donepezil hcl, comprimidos dispersables de 10 mg, por vía oral</i>   | \$0 (nivel 2)                            | QL (60 de EA por 30 días)                           |
| <i>donepezil hcl, comprimidos dispersables de 5 mg, por vía oral</i>  | \$0 (nivel 2)                            | QL (30 de EA por 30 días)                           |
| <b>Inhibidores de la colinesterasa</b>  |  |   |
| <i>donepezil hcl, comprimidos de 23 mg, por vía oral</i>  | 25 % (nivel 4)                           |   |
| <i>galantamine hydrobromide, de liberación prolongada</i>   | 25 % (nivel 4)                           |   |
| <i>galantamine hydrobromide, comprimidos, por vía oral</i>  | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <i>rivastigmine</i>   | 25 % (nivel 4)                           | QL (30 de EA por 30 días)                           |
| <i>rivastigmine tartrate</i>  | \$0 (nivel 2)                            | QL (60 de EA por 30 días)                           |
| <b>Fármacos antagonistas de los receptores N-Methyl-D-Aspartate (Nmda)</b>  |  |   |
| <i>memantine hcl, de liberación prolongada</i>  | 25 % (nivel 4)                           | QL (30 de EA por 30 días)                           |
| <i>memantine hcl, solución de 2 mg/ml, por vía oral</i>   | 25 % (nivel 4)                           | QL (300 ML por 30 días)                             |
| <i>memantine hcl, comprimidos de 10 mg, 5 mg, por vía oral</i>  | \$0 (nivel 2)                            | QL (60 de EA por 30 días)                           |
| <i>memantine hcl, comprimidos de 28 x 5 mg y 21 x 10 mg, por vía oral</i>   | 25 % (nivel 4)                           | QL (49 de EA por 28 días)                           |
| <b>Antidepresivos</b>   |  |   |
| <b>Antidepresivos, otros</b>  |  |   |
| AUVELITY  | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (60 de EA por 30 días); NE                   |
| <i>bupropion hcl, de liberación prolongada (sr)</i>   | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <i>bupropion hcl, de liberación prolongada (xl), comprimidos de 150 mg, 300 mg, de liberación prolongada hasta 24 horas, por vía oral</i> | \$0 (nivel 2)                            |   |

\* = suministro solo para 30 días

Para conocer el significado de las abreviaturas, consulte a partir de la página 12.

Este formulario se actualizó por última vez el 9/2/2025.



| Nombre del medicamento  | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|---|--|---|
| <i>bupropion hcl, por vía oral</i>  | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <i>mirtazapine, comprimidos de 15 mg, 30 mg, 45 mg, por vía oral</i>  | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <i>mirtazapine, comprimidos de 7.5 mg, por vía oral</i>   | 25 % (nivel 3)                           |   |
| <i>mirtazapine, comprimidos dispersables, por vía oral</i>  | 25 % (nivel 3)                           |   |
| ZURZUVAE, CÁPSULAS DE 20 MG, 25 MG, POR VÍA ORAL  | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (28 de EA por 365 días)                      |
| ZURZUVAE, CÁPSULAS DE 30 MG, POR VÍA ORAL   | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (14 de EA por 365 días)                      |
| <b>Inhibidores de la monoamina oxidasa</b>  |  |   |
| EMSAM   | 25 % (nivel 5)*                          | PA  |
| MARPLAN   | 25 % (nivel 4)                           | PA; QL (180 de EA por 30 días)                      |
| <i>phenelzine sulfate, por vía oral</i>   | 25 % (nivel 3)                           |   |
| <i>tranylcypromine sulfate</i>  | 25 % (nivel 4)                           |   |
| <b>Ssris/Snris (inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina/inhibidor de la recaptación de serotonina y norepinefrina)</b> |  |   |
| <i>citalopram hydrobromide, solución, por vía oral</i>  | 25 % (nivel 4)                           | QL (600 ML por 30 días)                             |
| <i>citalopram hydrobromide, comprimidos de 10 mg, 20 mg, por vía oral</i>   | \$0 (nivel 1)                            | QL (45 de EA por 30 días)                           |
| <i>citalopram hydrobromide, comprimidos de 40 mg, por vía oral</i>  | \$0 (nivel 1)                            | QL (30 de EA por 30 días)                           |
| <i>desvenlafaxine succinate, de liberación prolongada</i>   | 25 % (nivel 3)                           | QL (30 de EA por 30 días)                           |
| DRIZALMA, CÁPSULAS CON GRÁNULOS DISPERSABLES DE 20 MG, 30 MG, 60 MG, DE LIBERACIÓN RETARDADA, POR VÍA ORAL                            | 25 % (nivel 4)                           | PA; QL (60 de EA por 30 días)                       |
| <i>escitalopram oxalate, solución de 5 mg/5 ml, por vía oral</i>  | 25 % (nivel 4)                           |   |
| <i>escitalopram oxalate, comprimidos, por vía oral</i>  | \$0 (nivel 2)                            |   |

\* = suministro solo para 30 días

Para conocer el significado de las abreviaturas, consulte a partir de la página 12.

Este formulario se actualizó por última vez el 9/2/2025.



| Nombre del medicamento  | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|---|--|---|
| FETZIMA   | 25 % (nivel 4)                           | ST; QL (30 de EA por 30 días); NE                   |
| FETZIMA, PARA AJUSTE DE DOSIS   | 25 % (nivel 4)                           | ST; QL (30 de EA por 30 días)                       |
| <i>fluoxetine hcl, cápsulas, por vía oral</i>   | \$0 (nivel 1)                            |   |
| <i>fluoxetine hcl, cápsulas de liberación retardada, por vía oral</i>                     | 25 % (nivel 4)                           |   |
| <i>fluoxetine hcl, solución, por vía oral</i>   | 25 % (nivel 4)                           |   |
| <i>fluvoxamine maleate</i>  | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <i>nefazodone hcl</i>   | 25 % (nivel 4)                           |   |
| <i>paroxetine hcl, suspensión, por vía oral</i>   | 25 % (nivel 4)                           | PA  |
| <i>paroxetine hcl, comprimidos, por vía oral</i>  | \$0 (nivel 2)                            | PA  |
| <i>paroxetine mesylate</i>  | 25 % (nivel 4)                           | PA; QL (30 de EA por 30 días)                       |
| RALDESY   | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (1200 ML por 30 días)                        |
| <i>sertraline hcl, concentrado, por vía oral</i>  | 25 % (nivel 4)                           |   |
| <i>sertraline hcl, comprimidos, por vía oral</i>  | \$0 (nivel 1)                            |   |
| <i>trazodone hcl, comprimidos de 100 mg, 150 mg, 50 mg, por vía oral</i>                  | \$0 (nivel 1)                            |   |
| <i>trazodone hcl, comprimidos de 300 mg, por vía oral</i>                                 | 25 % (nivel 4)                           |   |
| TRINTELLIX  | 25 % (nivel 4)                           | ST; QL (30 de EA por 30 días); NE                   |
| <i>venlafaxine hcl</i>  | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <i>venlafaxine hcl, cápsulas de liberación prolongada hasta 24 horas, por vía oral</i>    | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <i>venlafaxine hcl, comprimidos de liberación prolongada hasta 24 horas, por vía oral</i> | 25 % (nivel 4)                           |   |
| <i>vilazodone hcl</i>   | 25 % (nivel 4)                           | ST; QL (30 de EA por 30 días)                       |
| <b>Tricíclicos</b>  |  |   |
| <i>amitriptyline hcl, por vía oral</i>  | 25 % (nivel 4)                           | PA  |
| <i>amoxapine</i>  | 25 % (nivel 4)                           |   |

\* = suministro solo para 30 días

Para conocer el significado de las abreviaturas, consulte a partir de la página 12.

Este formulario se actualizó por última vez el 9/2/2025.

| Nombre del medicamento   | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|--|--|---|
| <i>clomipramine hcl, por vía oral</i>                                    | 25 % (nivel 4)                           |   |
| <i>desipramine hcl, por vía oral</i>                                     | 25 % (nivel 4)                           |   |
| <i>imipramine hcl, por vía oral</i>                                      | 25 % (nivel 4)                           |   |
| <i>nortriptyline hcl, cápsulas, por vía oral</i>                         | \$0 (nivel 2)                            | PA  |
| <i>nortriptyline hcl, solución oral</i>                                  | 25 % (nivel 4)                           | PA  |
| <i>protriptyline hcl</i>   | 25 % (nivel 4)                           | PA  |
| <i>trimipramine maleate, por vía oral</i>                                | 25 % (nivel 4)                           | PA  |
| <b>Antieméticos</b>  |  |   |
| <b>Antieméticos, otros</b>   |  |   |
| <i>meclizine hcl, comprimidos de 12.5 mg, 25 mg, por vía oral</i>        | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <i>prochlorperazine</i>  | 25 % (nivel 4)                           |   |
| <i>prochlorperazine maleate, por vía oral</i>                            | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <i>promethazine hcl, comprimidos, por vía oral</i>                       | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <i>promethazine hcl, supositorios de 12.5 mg, 25 mg, por vía rectal</i>  | 25 % (nivel 4)                           |   |
| PROMETHEGAN, SUPOSITORIOS DE 25 MG, POR VÍA RECTAL                       | 25 % (nivel 4)                           |   |
| <i>scopolamine</i>   | 25 % (nivel 4)                           |   |
| <b>Fármacos complementarios para la terapia emetogénica</b>              |  |   |
| <i>aprepitant</i>  | 25 % (nivel 4)                           | PA; QL (6 de EA por 30 días)                        |
| <i>dronabinol</i>  | 25 % (nivel 4)                           | B/D; QL (120 de EA por 30 días)                     |
| <i>granisetron hcl, por vía oral</i>                                     | 25 % (nivel 3)                           | B/D   |
| <i>ondansetron hcl, solución, por vía oral</i>                           | 25 % (nivel 4)                           | B/D   |
| <i>ondansetron hcl, comprimidos de 4 mg, 8 mg, por vía oral</i>          | \$0 (nivel 2)                            | B/D   |
| <i>ondansetron, comprimidos dispersables de 4 mg, 8 mg, por vía oral</i> | \$0 (nivel 2)                            | B/D   |
| <b>Antimicóticos</b>   |  |   |
| <b>Antimicóticos</b>   |  |   |
| ABELCET  | 25 % (nivel 4)                           | B/D   |

\* = suministro solo para 30 días

Para conocer el significado de las abreviaturas, consulte a partir de la página 12.

Este formulario se actualizó por última vez el 9/2/2025.

| Nombre del medicamento   | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|--|--|---|
| <i>amphotericin b, por vía intravenosa</i>   | 25 % (nivel 4)                           | B/D   |
| <i>amphotericin b liposome</i>   | 25 % (nivel 4)                           | B/D   |
| <i>caspofungin acetate</i>   | 25 % (nivel 4)                           | HI  |
| <i>ciclopirox olamine, crema de uso tópico</i>   | \$0 (nivel 2)                            | QL (180 GM por 30 días)                             |
| <i>ciclopirox olamine, suspensión de uso tópico</i>  | 25 % (nivel 3)                           | QL (60 ML por 30 días)                              |
| <i>clotrimazole, crema de uso tópico</i>   | \$0 (nivel 2)                            | QL (120 GM por 30 días)                             |
| <i>clotrimazole, solución de uso tópico</i>  | 25 % (nivel 3)                           |   |
| <i>clotrimazole, comprimidos para chupar como tratamiento de lesiones en la boca y garganta</i>                  | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <i>clotrimazole, crema al 1 %, por vía vaginal</i>   | \$0 (MC)                                 |   |
| CRESEMBA, POR VÍA ORAL   | 25 % (nivel 5)*                          | PA  |
| <i>econazole nitrate, de uso tópico</i>  | 25 % (nivel 3)                           | QL (90 GM por 30 días)                              |
| <i>fluconazole in sodium chloride, solución de 200-0.9 mg/100 ml-%, 400-0.9 mg/200 ml-%, por vía intravenosa</i> | 25 % (nivel 4)                           | HI  |
| <i>fluconazole, suspensión reconstituida, por vía oral</i>   | 25 % (nivel 3)                           |   |
| <i>fluconazole, comprimidos, por vía oral</i>  | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <i>flucytosine, por vía oral</i>   | 25 % (nivel 5)*                          |   |
| <i>fungoid tincture, solución tópica</i>   | \$0 (MC)                                 |   |
| <i>gnp clotrimazole 3</i>  | \$0 (MC)                                 |   |
| <i>gnp miconazole 1</i>  | \$0 (MC)                                 |   |
| <i>griseofulvin microsize, comprimidos, por vía oral</i>   | 25 % (nivel 4)                           |   |
| <i>griseofulvin ultramicrosize, comprimidos de 125 mg, 250 mg, por vía oral</i>                                  | 25 % (nivel 4)                           |   |
| <i>itraconazole, cápsulas, por vía oral</i>  | 25 % (nivel 4)                           |   |
| <i>ketoconazole, crema de uso tópico</i>   | \$0 (nivel 2)                            | QL (180 GM por 30 días)                             |
| <i>ketoconazole, champú al 2 %, de uso tópico</i>  | \$0 (nivel 2)                            | QL (120 ML por 30 días)                             |
| <i>ketoconazole, por vía oral</i>  | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <i>miconazole 7, crema, por vía vaginal</i>  | \$0 (MC)                                 |   |
| <i>miconazole nitrate, caja combinada</i>  | \$0 (MC)                                 |   |

\* = suministro solo para 30 días

Para conocer el significado de las abreviaturas, consulte a partir de la página 12.

Este formulario se actualizó por última vez el 9/2/2025.

| Nombre del medicamento   | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|--|--|---|
| <i>nyamyc</i>  | \$0 (nivel 2)                            | QL (60 GM por 30 días)                              |
| <i>nystatin, crema de uso tópico</i>   | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <i>nystatin, ungüento de uso tópico</i>  | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <i>nystatin, en polvo, de uso tópico</i>   | \$0 (nivel 2)                            | QL (240 GM por 30 días)                             |
| <i>nystatin, tratamiento para la boca y garganta</i>   | \$0 (nivel 2)                            | QL (700 ML por 30 días)                             |
| <i>nystatin, comprimidos, por vía oral</i>   | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <i>nystop</i>  | \$0 (nivel 2)                            | QL (240 GM por 30 días)                             |
| <i>posaconazole, comprimidos de liberación retardada, por vía oral</i>                                     | 25 % (nivel 5)*                          | QL (93 de EA por 30 días)                           |
| <i>sm miconazole 7, supositorios, por vía vaginal</i>  | \$0 (MC)                                 |   |
| <i>terbinafine hcl, por vía oral</i>   | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <i>terconazole</i>   | 25 % (nivel 3)                           |   |
| <i>tioconazole-1</i>   | \$0 (MC)                                 |   |
| <i>voriconazole, por vía intravenosa</i>   | 25 % (nivel 4)                           | PA  |
| <i>voriconazole, suspensión reconstituida, por vía oral</i>  | 25 % (nivel 5)*                          |   |
| <i>voriconazole, comprimidos, por vía oral</i>   | 25 % (nivel 4)                           |   |
| <b>Fármacos antigotosos</b>  |  |   |
| <b>Fármacos antigotosos</b>  |  |   |
| <i>allopurinol, comprimidos de 100 mg, 300 mg, por vía oral</i>  | \$0 (nivel 1)                            |   |
| <i>colchicine, comprimidos, por vía oral</i>   | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <i>colchicine-probenecid</i>   | 25 % (nivel 3)                           |   |
| <i>febuxostat</i>  | 25 % (nivel 4)                           | ST; QL (30 de EA por 30 días)                       |
| <i>probenecid, por vía oral</i>  | 25 % (nivel 3)                           |   |
| <b>Fármacos antimigrañosos</b>   |  |   |
| <b>Fármacos antagonistas de los receptores del péptido relacionado con el gen de la calcitonina (Cgrp)</b> |  |   |
| <i>AIMOVIG</i>   | 25 % (nivel 3)                           | PA; QL (1 ML por 30 días)                           |
| <i>EMGALITY</i>  | 25 % (nivel 3)                           | PA; QL (2 ML por 30 días)                           |

\* = suministro solo para 30 días

Para conocer el significado de las abreviaturas, consulte a partir de la página 12.

Este formulario se actualizó por última vez el 9/2/2025.

| Nombre del medicamento   | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|--|--|---|
| EMGALITY, DOSIS DE 300 MG  | 25 % (nivel 3)                           | PA; QL (3 ML por 30 días)                           |
| NURTEC   | 25 % (nivel 3)                           | PA; QL (18 de EA por 30 días)                       |
| <b>Alcaloides ergóticos</b>  |  |   |
| <i>dihydroergotamine mesylate, por vía nasal</i>                                     | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (8 ML por 30 días)                           |
| <i>ergotamine-caffeine</i>   | 25 % (nivel 3)                           | QL (40 de EA por 30 días)                           |
| <b>Fármacos agonistas del receptor de serotonina (5-Ht)</b>                          |  |   |
| <i>eletriptan hydrobromide</i>   | 25 % (nivel 4)                           | ST; QL (6 de EA por 30 días)                        |
| <i>naratriptan hcl</i>   | \$0 (nivel 2)                            | QL (12 de EA por 30 días)                           |
| <i>rizatriptan benzoate</i>  | \$0 (nivel 2)                            | QL (12 de EA por 30 días)                           |
| <i>sumatriptan, por vía nasal</i>  | 25 % (nivel 4)                           | QL (12 de EA por 30 días)                           |
| <i>sumatriptan succinate, por vía oral</i>   | \$0 (nivel 2)                            | QL (12 de EA por 30 días)                           |
| <i>sumatriptan succinate, solución en cartucho de reposición, por vía subcutánea</i> | 25 % (nivel 4)                           | QL (4 ML por 30 días)                               |
| <i>sumatriptan succinate, solución de 6 mg/0.5 ml, por vía subcutánea</i>            | 25 % (nivel 4)                           | QL (4 ML por 30 días)                               |
| <i>sumatriptan succinate, solución en pluma autoinyectora, por vía subcutánea</i>    | 25 % (nivel 4)                           | QL (4 ML por 30 días)                               |
| <i>zolmitriptan, por vía oral</i>  | 25 % (nivel 4)                           | QL (12 de EA por 30 días)                           |
| <b>Fármacos para el tratamiento de la miastenia</b>                                  |  |   |
| <b>Fármacos parasimpaticomiméticos</b>   |  |   |
| <i>pyridostigmine bromide, comprimidos de liberación prolongada, por vía oral</i>    | 25 % (nivel 4)                           |   |
| <i>pyridostigmine bromide, comprimidos de 60 mg, por vía oral</i>                    | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <b>Fármacos antimicobacterianos</b>  |  |   |
| <b>Fármacos antimicobacterianos, otros</b>   |  |   |
| <i>dapsone, por vía oral</i>   | 25 % (nivel 3)                           |   |
| PRIFTIN  | 25 % (nivel 4)                           |   |
| <i>rifabutin</i>   | 25 % (nivel 4)                           |   |
| <b>Fármacos antituberculosos</b>   |  |   |
| <i>ethambutol hcl, por vía oral</i>  | \$0 (nivel 2)                            |   |

\* = suministro solo para 30 días

Para conocer el significado de las abreviaturas, consulte a partir de la página 12.

Este formulario se actualizó por última vez el 9/2/2025.

| Nombre del medicamento  | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|---|--|---|
| <i>isoniazid, en jarabe, por vía oral</i>                       | 25 % (nivel 4)                           |   |
| <i>isoniazid, comprimidos, por vía oral</i>                     | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <i>pyrazinamide, por vía oral</i>                               | 25 % (nivel 3)                           |   |
| <i>rifampin, por vía intravenosa</i>                            | 25 % (nivel 4)                           |   |
| <i>rifampin, cápsulas de 150 mg, por vía oral</i>               | 25 % (nivel 3)                           |   |
| <i>rifampin, cápsulas de 300 mg, por vía oral</i>               | \$0 (nivel 2)                            |   |
| SIRTURO   | 25 % (nivel 5)*                          | PA  |
| <b>Fármacos antineoplásicos</b>                                 |  |   |
| <b>Fármacos alquilantes</b>                                     |  |   |
| <i>cyclophosphamide, cápsulas, por vía oral</i>                 | 25 % (nivel 3)                           | B/D   |
| CYCLOPHOSPHAMIDE, COMPRIMIDOS, POR VÍA ORAL                     | 25 % (nivel 3)                           | B/D   |
| GLEOSTINE, CÁPSULAS DE 10 MG, 40 MG, POR VÍA ORAL               | 25 % (nivel 4)                           |   |
| GLEOSTINE, CÁPSULAS DE 100 MG, POR VÍA ORAL                     | 25 % (nivel 5)*                          |   |
| LEUKERAN  | 25 % (nivel 5)*                          |   |
| MATULANE  | 25 % (nivel 5)*                          | PA  |
| VALCHLOR  | 25 % (nivel 5)*                          | PA; LA; QL (60 GM por 30 días)                      |
| <b>Fármacos antiandrógenos</b>                                  |  |   |
| <i>abiraterone acetate, comprimidos de 250 mg, por vía oral</i> | 25 % (nivel 5)*                          | QL (120 de EA por 30 días)                          |
| ABIRTEGA  | 25 % (nivel 4)                           | QL (120 de EA por 30 días)                          |
| <i>bicalutamide</i>   | \$0 (nivel 2)                            |   |
| ERLEADA, COMPRIMIDOS DE 240 MG, POR VÍA ORAL                    | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (30 de EA por 30 días)                       |
| ERLEADA, COMPRIMIDOS DE 60 MG, POR VÍA ORAL                     | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (120 de EA por 30 días)                      |
| EULEXIN   | 25 % (nivel 5)*                          | PA  |
| <i>flutamide</i>  | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <i>nilutamide</i>   | 25 % (nivel 5)*                          |   |

\* = suministro solo para 30 días

Para conocer el significado de las abreviaturas, consulte a partir de la página 12.

Este formulario se actualizó por última vez el 9/2/2025.

| Nombre del medicamento                            | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|---|--|---|
| NUBEQA  | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (120 de EA por 30 días)                      |
| <i>toremifene citrate</i>                         | 25 % (nivel 4)                           |   |
| XTANDI, CÁPSULAS, POR VÍA ORAL                    | 25 % (nivel 5)*                          | PA; LA; QL (120 de EA por 30 días)                  |
| XTANDI, COMPRIMIDOS DE 40 MG, POR VÍA ORAL        | 25 % (nivel 5)*                          | PA; LA; QL (120 de EA por 30 días)                  |
| XTANDI, COMPRIMIDOS DE 80 MG, POR VÍA ORAL        | 25 % (nivel 5)*                          | PA; LA; QL (60 de EA por 30 días)                   |
| <b>Fármacos antiangiogénicos</b>                  |  |   |
| <i>lenalidomide</i>                               | 25 % (nivel 5)*                          | PA; LA; QL (30 de EA por 30 días)                   |
| POMALYST  | 25 % (nivel 5)*                          | PA; LA; QL (21 de EA por 28 días)                   |
| THALOMID, CÁPSULAS DE 100 MG, 50 MG, POR VÍA ORAL | 25 % (nivel 5)*                          | PA  |
| <b>Fármacos antiestrógenos/moduladores</b>        |  |   |
| ORSERDU, COMPRIMIDOS DE 345 MG, POR VÍA ORAL      | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (30 de EA por 30 días)                       |
| ORSERDU, COMPRIMIDOS DE 86 MG, POR VÍA ORAL       | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (90 de EA por 30 días)                       |
| <i>raloxifene hcl</i>                             | \$0 (nivel 2)                            |   |
| SOLTAMOX  | 25 % (nivel 4)                           |   |
| <i>tamoxifen citrate, por vía oral</i>            | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <b>Fármacos antimetabolitos</b>                   |  |   |
| <i>hydroxyurea, por vía oral</i>                  | \$0 (nivel 2)                            |   |
| INQOVI  | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (5 de EA por 28 días)                        |
| <i>mercaptopurine, suspensión, por vía oral</i>   | 25 % (nivel 5)*                          | PA  |
| ONUREG  | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (14 de EA por 28 días)                       |
| TABLOID   | 25 % (nivel 4)                           |   |
| <b>Fármacos antineoplásicos, otros</b>            |  |   |
| AVMAPKI FAKZYNJA, CAJA COMBINADA                  | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (66 de EA por 28 días)                       |

\* = suministro solo para 30 días

Para conocer el significado de las abreviaturas, consulte a partir de la página 12.

Este formulario se actualizó por última vez el 9/2/2025.



| Nombre del medicamento                                      | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|---|--|---|
| GAVRETO   | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (120 de EA por 30 días)                      |
| IDHIFA  | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (30 de EA por 30 días)                       |
| IWILFIN   | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (240 de EA por 30 días)                      |
| JYLAMVO   | 25 % (nivel 4)                           | PA  |
| KISQALI FEMARA, DOSIS DE 200 MG                             | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (49 de EA por 28 días)                       |
| KISQALI FEMARA, DOSIS DE 400 MG                             | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (70 de EA por 28 días)                       |
| KISQALI FEMARA, DOSIS DE 600 MG                             | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (91 de EA por 28 días)                       |
| <i>krazati</i>  | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (180 de EA por 30 días)                      |
| LONSURF   | 25 % (nivel 5)*                          | PA  |
| LUMAKRAS, COMPRIMIDOS DE 120 MG, POR VÍA ORAL               | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (240 de EA por 30 días)                      |
| LUMAKRAS, COMPRIMIDOS DE 240 MG, POR VÍA ORAL               | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (120 de EA por 30 días)                      |
| LUMAKRAS, COMPRIMIDOS DE 320 MG, POR VÍA ORAL               | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (90 de EA por 30 días)                       |
| LYNPARZA, COMPRIMIDOS, POR VÍA ORAL                         | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (120 de EA por 30 días)                      |
| LYSODREN  | 25 % (nivel 5)*                          |   |
| OGSIVEO, COMPRIMIDOS DE 100 MG, 150 MG, POR VÍA ORAL        | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (56 de EA por 28 días)                       |
| OGSIVEO, COMPRIMIDOS DE 50 MG, POR VÍA ORAL                 | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (180 de EA por 30 días)                      |
| <i>ojjaara</i>  | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (30 de EA por 30 días)                       |
| ORGOVYX   | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (30 de EA por 28 días)                       |
| RETEVMO, COMPRIMIDOS DE 120 MG, 160 MG, 80 MG, POR VÍA ORAL | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (60 de EA por 30 días)                       |

\* = suministro solo para 30 días

Para conocer el significado de las abreviaturas, consulte a partir de la página 12.

Este formulario se actualizó por última vez el 9/2/2025.

| Nombre del medicamento   | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|--|--|---|
| RETEVMO, COMPRIMIDOS DE 40 MG, POR VÍA ORAL                                    | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (90 de EA por 30 días)                       |
| TUKYSA, COMPRIMIDOS DE 150 MG, POR VÍA ORAL                                    | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (120 de EA por 30 días)                      |
| TUKYSA, COMPRIMIDOS DE 50 MG, POR VÍA ORAL                                     | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (60 de EA por 30 días)                       |
| VORANIGO, COMPRIMIDOS DE 10 MG, POR VÍA ORAL                                   | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (60 de EA por 30 días)                       |
| VORANIGO, COMPRIMIDOS DE 40 MG, POR VÍA ORAL                                   | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (30 de EA por 30 días)                       |
| WELIREG  | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (90 de EA por 30 días)                       |
| XPOVIO, CAJA DE COMPRIMIDOS DE 50 MG, DOSIS SEMANAL DE 100 MG, POR VÍA ORAL    | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (8 de EA por 28 días)                        |
| XPOVIO, CAJA DE COMPRIMIDOS DE 10 MG, DOSIS SEMANAL DE 40 MG, POR VÍA ORAL     | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (16 de EA por 28 días)                       |
| XPOVIO, CAJA DE COMPRIMIDOS DE 40 MG, DOSIS SEMANAL DE 40 MG, POR VÍA ORAL     | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (4 de EA por 28 días)                        |
| XPOVIO, CAJA DE COMPRIMIDOS DE 40 MG, 2 DOSIS SEMANALES DE 40 MG, POR VÍA ORAL | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (8 de EA por 28 días)                        |
| XPOVIO, CAJA DE COMPRIMIDOS DE 60 MG, DOSIS SEMANAL DE 60 MG, POR VÍA ORAL     | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (4 de EA por 28 días)                        |
| XPOVIO, 2 DOSIS SEMANALES DE 60 MG   | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (24 de EA por 28 días)                       |
| XPOVIO, CAJA DE COMPRIMIDOS DE 40 MG, DOSIS SEMANAL DE 80 MG, POR VÍA ORAL     | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (8 de EA por 28 días)                        |
| XPOVIO, 2 DOSIS SEMANALES DE 80 MG   | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (32 de EA por 28 días)                       |
| ZOLINZA  | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (120 de EA por 30 días)                      |
| <b>Fármacos inhibidores de la aromatasa, 3.ª generación</b>                    |  |   |

\* = suministro solo para 30 días

Para conocer el significado de las abreviaturas, consulte a partir de la página 12.

Este formulario se actualizó por última vez el 9/2/2025.

| Nombre del medicamento                               | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|--|--|---|
| <i>anastrozole, por vía oral</i>                     | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <i>exemestane</i>                                    | 25 % (nivel 4)                           |   |
| <i>letrozole, por vía oral</i>                       | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <b>Fármacos inhibidores de dianas moleculares</b>    |  |   |
| AKEEGA   | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (60 de EA por 30 días)                       |
| ALECENSA   | 25 % (nivel 5)*                          | PA  |
| ALUNBRIG, COMPRIMIDOS DE 180 MG, 90 MG, POR VÍA ORAL | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (30 de EA por 30 días)                       |
| ALUNBRIG, COMPRIMIDOS DE 30 MG, POR VÍA ORAL         | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (120 de EA por 30 días)                      |
| ALUNBRIG, CAJA DE COMPRIMIDOS, POR VÍA ORAL          | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (30 de EA por 30 días)                       |
| AUGTYRO, CÁPSULAS DE 160 MG, POR VÍA ORAL            | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (60 de EA por 30 días)                       |
| AUGTYRO, CÁPSULAS DE 40 MG, POR VÍA ORAL             | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (180 de EA por 30 días)                      |
| AYVAKIT  | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (30 de EA por 30 días)                       |
| BALVERSA, COMPRIMIDOS DE 3 MG, POR VÍA ORAL          | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (90 de EA por 30 días)                       |
| BALVERSA, COMPRIMIDOS DE 4 MG, POR VÍA ORAL          | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (60 de EA por 30 días)                       |
| BALVERSA, COMPRIMIDOS DE 5 MG, POR VÍA ORAL          | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (30 de EA por 30 días)                       |
| BOSULIF, CÁPSULAS DE 100 MG, POR VÍA ORAL            | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (180 de EA por 30 días)                      |
| BOSULIF, CÁPSULAS DE 50 MG, POR VÍA ORAL             | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (30 de EA por 30 días)                       |
| BOSULIF, COMPRIMIDOS DE 100 MG, POR VÍA ORAL         | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (120 de EA por 30 días)                      |
| BOSULIF, COMPRIMIDOS DE 400 MG, 500 MG, POR VÍA ORAL | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (30 de EA por 30 días)                       |
| BRAFTOVI, CÁPSULAS DE 75 MG, POR VÍA ORAL            | 25 % (nivel 5)*                          | PA  |

\* = suministro solo para 30 días

Para conocer el significado de las abreviaturas, consulte a partir de la página 12.

Este formulario se actualizó por última vez el 9/2/2025.

| Nombre del medicamento   | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|--|--|---|
| BRUKINSA, CÁPSULAS, POR VÍA ORAL   | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (120 de EA por 30 días)                      |
| CABOMETYX  | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (30 de EA por 30 días)                       |
| CALQUENCE, COMPRIMIDOS, POR VÍA ORAL                                       | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (60 de EA por 30 días)                       |
| CAPRELSA, COMPRIMIDOS DE 100 MG, POR VÍA ORAL                              | 25 % (nivel 5)*                          | PA; LA; QL (60 de EA por 30 días)                   |
| CAPRELSA, COMPRIMIDOS DE 300 MG, POR VÍA ORAL                              | 25 % (nivel 5)*                          | PA; LA; QL (30 de EA por 30 días)                   |
| COMETRIQ, CAJA DE 80 Y 20 MG, DOSIS DIARIA DE 100 MG, POR VÍA ORAL         | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (56 de EA por 28 días)                       |
| COMETRIQ, CAJA DE 3 X 20 MG Y 80 MG, DOSIS DIARIA DE 140 MG, POR VÍA ORAL  | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (112 de EA por 28 días)                      |
| COMETRIQ, DOSIS DIARIA DE 60 MG  | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (84 de EA por 28 días)                       |
| COPIKTRA   | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (60 de EA por 30 días)                       |
| COTELLIC   | 25 % (nivel 5)*                          | PA; LA  |
| DANZITEN   | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (112 de EA por 28 días)                      |
| <i>dasatinib, comprimidos de 100 mg, 50 mg, 70 mg, 80 mg, por vía oral</i> | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (60 de EA por 30 días)                       |
| <i>dasatinib, comprimidos de 140 mg, por vía oral</i>                      | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (30 de EA por 30 días)                       |
| <i>dasatinib, comprimidos de 20 mg, por vía oral</i>                       | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (90 de EA por 30 días)                       |
| DAURISMO   | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (30 de EA por 30 días)                       |
| ERIVEDGE   | 25 % (nivel 5)*                          | PA; LA  |
| <i>erlotinib hcl, comprimidos de 100 mg, 150 mg, por vía oral</i>          | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (30 de EA por 30 días)                       |
| <i>erlotinib hcl, comprimidos de 25 mg, por vía oral</i>                   | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (90 de EA por 30 días)                       |
| <i>everolimus, comprimidos de 10 mg, por vía oral</i>                      | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (30 de EA por 30 días)                       |

\* = suministro solo para 30 días

Para conocer el significado de las abreviaturas, consulte a partir de la página 12.

Este formulario se actualizó por última vez el 9/2/2025.

| Nombre del medicamento  | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|---|--|---|
| <i>everolimus, comprimidos solubles de 3 mg, 5 mg, por vía oral</i> | 25 % (nivel 5)*                          | PA  |
| FOTIVDA   | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (30 de EA por 30 días)                       |
| FRUZAQLA, CÁPSULAS DE 1 MG, POR VÍA ORAL                            | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (84 de EA por 28 días)                       |
| FRUZAQLA, CÁPSULAS DE 5 MG, POR VÍA ORAL                            | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (21 de EA por 28 días)                       |
| <i>gefitinib</i>  | 25 % (nivel 5)*                          | PA  |
| GILOTRIF  | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (30 de EA por 30 días)                       |
| GOMEKLI   | 25 % (nivel 5)*                          | PA  |
| IBRANCE   | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (21 de EA por 28 días)                       |
| ICLUSIG   | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (30 de EA por 30 días)                       |
| <i>imatinib mesylate, comprimidos de 100 mg, por vía oral</i>       | 25 % (nivel 3)                           | PA; QL (180 de EA por 30 días)                      |
| <i>imatinib mesylate, comprimidos de 400 mg, por vía oral</i>       | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (60 de EA por 30 días)                       |
| IMBRUVICA, CÁPSULAS, POR VÍA ORAL                                   | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (30 de EA por 30 días)                       |
| IMBRUVICA, SUSPENSIÓN, POR VÍA ORAL                                 | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (216 ML por 30 días)                         |
| IMBRUVICA, COMPRIMIDOS DE 140 MG, 280 MG, 420 MG, POR VÍA ORAL      | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (30 de EA por 30 días)                       |
| <i>imkeldi</i>  | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (280 ML por 28 días)                         |
| INLYTA  | 25 % (nivel 5)*                          | PA; LA; QL (180 de EA por 30 días)                  |
| INREBIC   | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (120 de EA por 30 días)                      |
| ITOVEBI, COMPRIMIDOS DE 3 MG, POR VÍA ORAL                          | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (56 de EA por 28 días)                       |
| ITOVEBI, COMPRIMIDOS DE 9 MG, POR VÍA ORAL                          | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (28 de EA por 28 días)                       |

\* = suministro solo para 30 días

Para conocer el significado de las abreviaturas, consulte a partir de la página 12.

Este formulario se actualizó por última vez el 9/2/2025.

| Nombre del medicamento                        | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|---|--|---|
| JAKAFI  | 25 % (nivel 5)*                          | PA; LA; QL (60 de EA por 30 días)                   |
| JAYPIRCA                                      | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (60 de EA por 30 días)                       |
| KISQALI, DOSIS DE 200 MG                      | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (63 de EA por 28 días)                       |
| KISQALI, DOSIS DE 400 MG                      | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (63 de EA por 28 días)                       |
| KISQALI, DOSIS DE 600 MG                      | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (63 de EA por 28 días)                       |
| KOSELUGO                                      | 25 % (nivel 5)*                          | PA  |
| <i>lapatinib ditosylate</i>                   | 25 % (nivel 5)*                          | PA  |
| LAZCLUZE, COMPRIMIDOS DE 240 MG, POR VÍA ORAL | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (30 de EA por 30 días)                       |
| LAZCLUZE, COMPRIMIDOS DE 80 MG, POR VÍA ORAL  | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (60 de EA por 30 días)                       |
| LENVIMA, DOSIS DIARIA DE 10 MG                | 25 % (nivel 5)*                          | PA; LA; QL (30 de EA por 30 días)                   |
| LENVIMA, DOSIS DIARIA DE 12 MG                | 25 % (nivel 5)*                          | PA; LA; QL (90 de EA por 30 días)                   |
| LENVIMA, DOSIS DIARIA DE 14 MG                | 25 % (nivel 5)*                          | PA; LA; QL (60 de EA por 30 días)                   |
| LENVIMA, DOSIS DIARIA DE 18 MG                | 25 % (nivel 5)*                          | PA; LA; QL (105 de EA por 30 días)                  |
| LENVIMA, DOSIS DIARIA DE 20 MG                | 25 % (nivel 5)*                          | PA; LA; QL (60 de EA por 30 días)                   |
| LENVIMA, DOSIS DIARIA DE 24 MG                | 25 % (nivel 5)*                          | PA; LA; QL (90 de EA por 30 días)                   |
| LENVIMA, DOSIS DIARIA DE 4 MG                 | 25 % (nivel 5)*                          | PA; LA; QL (30 de EA por 30 días)                   |
| LENVIMA, DOSIS DIARIA DE 8 MG                 | 25 % (nivel 5)*                          | PA; LA; QL (70 de EA por 30 días)                   |
| LORBRENA                                      | 25 % (nivel 5)*                          | PA  |
| LYTGOBI, DOSIS DIARIA DE 12 MG                | 25 % (nivel 5)*                          | PA; LA; QL (140 de EA por 28 días)                  |

\* = suministro solo para 30 días

Para conocer el significado de las abreviaturas, consulte a partir de la página 12.

Este formulario se actualizó por última vez el 9/2/2025.



| Nombre del medicamento                                 | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|--|--|---|
| LYTGOBI, DOSIS DIARIA DE 16 MG                         | 25 % (nivel 5)*                          | PA; LA; QL (140 de EA por 28 días)                  |
| LYTGOBI, DOSIS DIARIA DE 20 MG                         | 25 % (nivel 5)*                          | PA; LA; QL (140 de EA por 28 días)                  |
| MEKINIST, SOLUCIÓN RECONSTITUIDA, POR VÍA ORAL         | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (1170 ML por 28 días)                        |
| MEKINIST, COMPRIMIDOS DE 0.5 MG, POR VÍA ORAL          | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (90 de EA por 30 días)                       |
| MEKINIST, COMPRIMIDOS DE 2 MG, POR VÍA ORAL            | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (30 de EA por 30 días)                       |
| MEKTOVI  | 25 % (nivel 5)*                          | PA  |
| NERLYNX  | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (180 de EA por 30 días)                      |
| NINLARO  | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (3 de EA por 28 días)                        |
| ODOMZO   | 25 % (nivel 5)*                          | PA; LA; QL (30 de EA por 30 días)                   |
| OJEMDA, SUSPENSIÓN RECONSTITUIDA, POR VÍA ORAL         | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (96 ML por 28 días)                          |
| OJEMDA, COMPRIMIDOS DE 100 MG, POR VÍA ORAL            | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (20 de EA por 28 días)                       |
| OJEMDA, CAJA DE 16 COMPRIMIDOS DE 100 MG, POR VÍA ORAL | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (16 de EA por 28 días)                       |
| OJEMDA, CAJA DE 24 COMPRIMIDOS DE 100 MG, POR VÍA ORAL | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (24 de EA por 28 días)                       |
| <i>pazopanib hcl</i>                                   | 25 % (nivel 5)*                          | PA  |
| PEMAZYRE   | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (14 de EA por 21 días)                       |
| PIQRAY, DOSIS DIARIA DE 200 MG                         | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (28 de EA por 28 días)                       |
| PIQRAY, DOSIS DIARIA DE 250 MG                         | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (56 de EA por 28 días)                       |
| PIQRAY, DOSIS DIARIA DE 300 MG                         | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (56 de EA por 28 días)                       |
| QINLOCK  | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (90 de EA por 30 días)                       |

\* = suministro solo para 30 días

Para conocer el significado de las abreviaturas, consulte a partir de la página 12.

Este formulario se actualizó por última vez el 9/2/2025.



| Nombre del medicamento                         | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|--|--|---|
| REVUFORJ, COMPRIMIDOS DE 110 MG, POR VÍA ORAL  | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (120 de EA por 30 días)                      |
| REVUFORJ, COMPRIMIDOS DE 160 MG, POR VÍA ORAL  | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (60 de EA por 30 días)                       |
| REVUFORJ, COMPRIMIDOS DE 25 MG, POR VÍA ORAL   | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (240 de EA por 30 días)                      |
| REZLIDHIA                                      | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (60 de EA por 30 días)                       |
| ROMVIMZA                                       | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (8 de EA por 28 días)                        |
| ROZLYTREK, CÁPSULAS DE 100 MG, POR VÍA ORAL    | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (150 de EA por 30 días)                      |
| ROZLYTREK, CÁPSULAS DE 200 MG, POR VÍA ORAL    | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (90 de EA por 30 días)                       |
| ROZLYTREK, CAJA, POR VÍA ORAL                  | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (336 de EA por 28 días)                      |
| RUBRACA  | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (120 de EA por 30 días)                      |
| RYDAPT   | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (224 de EA por 28 días)                      |
| SCSEMBLIX, COMPRIMIDOS DE 100 MG, POR VÍA ORAL | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (120 de EA por 30 días)                      |
| SCSEMBLIX, COMPRIMIDOS DE 20 MG, POR VÍA ORAL  | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (60 de EA por 30 días)                       |
| SCSEMBLIX, COMPRIMIDOS DE 40 MG, POR VÍA ORAL  | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (240 de EA por 30 días)                      |
| <i>sorafenib tosylate</i>                      | 25 % (nivel 5)*                          | PA  |
| STIVARGA                                       | 25 % (nivel 5)*                          | PA; LA; QL (84 de EA por 28 días)                   |
| <i>sunitinib malate</i>                        | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (30 de EA por 30 días)                       |
| TABRECTA                                       | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (120 de EA por 30 días)                      |
| TAFINLAR, CÁPSULAS, POR VÍA ORAL               | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (120 de EA por 30 días)                      |
| TAFINLAR, COMPRIMIDOS SOLUBLES, POR VÍA ORAL   | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (840 de EA por 28 días)                      |

\* = suministro solo para 30 días

Para conocer el significado de las abreviaturas, consulte a partir de la página 12.

Este formulario se actualizó por última vez el 9/2/2025.

| Nombre del medicamento                                | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|---|--|---|
| TAGRISSO  | 25 % (nivel 5)*                          | PA; LA; QL (30 de EA por 30 días)                   |
| TALZENNA  | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (30 de EA por 30 días)                       |
| TASIGNA   | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (120 de EA por 30 días)                      |
| TAZVERIK  | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (240 de EA por 30 días)                      |
| TEPMETKO  | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (60 de EA por 30 días)                       |
| TIBSOVO   | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (60 de EA por 30 días)                       |
| TRUQAP, COMPRIMIDOS, POR VÍA ORAL                     | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (64 de EA por 28 días)                       |
| TURALIO, CÁPSULAS DE 125 MG, POR VÍA ORAL             | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (120 de EA por 30 días)                      |
| VANFLYTA  | 25 % (nivel 5)*                          | PA  |
| VENCLEXTA, COMPRIMIDOS DE 10 MG, POR VÍA ORAL         | 25 % (nivel 3)                           | PA  |
| VENCLEXTA, COMPRIMIDOS DE 100 MG, 50 MG, POR VÍA ORAL | 25 % (nivel 5)*                          | PA  |
| VENCLEXTA, TRATAMIENTO INICIAL, CAJA                  | 25 % (nivel 5)*                          | PA  |
| VERZENIO  | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (60 de EA por 30 días)                       |
| VITRAKVI, CÁPSULAS DE 100 MG, POR VÍA ORAL            | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (60 de EA por 30 días)                       |
| VITRAKVI, CÁPSULAS DE 25 MG, POR VÍA ORAL             | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (90 de EA por 30 días)                       |
| VITRAKVI, SOLUCIÓN, POR VÍA ORAL                      | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (300 ML por 30 días)                         |
| VIZIMPRO  | 25 % (nivel 5)*                          | PA  |
| VONJO   | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (120 de EA por 30 días)                      |
| XALKORI, CÁPSULAS, POR VÍA ORAL                       | 25 % (nivel 5)*                          | PA; LA; QL (120 de EA por 30 días)                  |

\* = suministro solo para 30 días

Para conocer el significado de las abreviaturas, consulte a partir de la página 12.

Este formulario se actualizó por última vez el 9/2/2025.

| Nombre del medicamento  | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|---|--|---|
| XALKORI, CÁPSULAS CON GRÁNULOS DISPERSABLES DE 150 MG, POR VÍA ORAL       | 25 % (nivel 5)*                          | PA; LA; QL (180 de EA por 30 días)                  |
| XALKORI, CÁPSULAS CON GRÁNULOS DISPERSABLES DE 20 MG, 50 MG, POR VÍA ORAL | 25 % (nivel 5)*                          | PA; LA; QL (120 de EA por 30 días)                  |
| XOSPATA   | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (90 de EA por 30 días)                       |
| ZEJULA, COMPRIMIDOS, POR VÍA ORAL   | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (30 de EA por 30 días)                       |
| ZELBORAF  | 25 % (nivel 5)*                          | PA; LA; QL (240 de EA por 30 días)                  |
| ZYDELIG   | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (60 de EA por 30 días)                       |
| ZYKADIA, COMPRIMIDOS, POR VÍA ORAL  | 25 % (nivel 5)*                          | PA  |
| <b>Fármacos retinoides</b>  |  |   |
| <i>bexarotene, de uso tópico</i>  | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (60 GM por 30 días)                          |
| <i>bexarotene, por vía oral</i>   | 25 % (nivel 5)*                          | PA  |
| <i>tretinoin, por vía oral</i>  | 25 % (nivel 5)*                          | PA  |
| <b>Fármacos complementarios al tratamiento</b>                            |  |   |
| <i>leucovorin calcium, por vía oral</i>                                   | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <i>mesna, por vía oral</i>  | 25 % (nivel 4)                           |   |
| <b>Fármacos antiparasitarios</b>  |  |   |
| <b>Fármacos antihelmínticos</b>   |  |   |
| <i>albendazole, por vía oral</i>  | 25 % (nivel 4)                           |   |
| <i>ivermectin, comprimidos de 3 mg, por vía oral</i>                      | 25 % (nivel 3)                           |   |
| <i>praziquantel, por vía oral</i>   | 25 % (nivel 3)                           |   |
| <b>Fármacos antiprotozoarios</b>  |  |   |
| <i>atovaquone, por vía oral</i>   | 25 % (nivel 4)                           |   |
| <i>atovaquone-proguanil hcl</i>   | 25 % (nivel 4)                           |   |
| <i>chloroquine phosphate, por vía oral</i>                                | 25 % (nivel 4)                           |   |
| COARTEM   | 25 % (nivel 4)                           | QL (24 de EA por 30 días)                           |

\* = suministro solo para 30 días

Para conocer el significado de las abreviaturas, consulte a partir de la página 12.

Este formulario se actualizó por última vez el 9/2/2025.

| Nombre del medicamento  | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|---|--|---|
| <i>hydroxychloroquine sulfate, comprimidos de 200 mg, por vía oral</i>  | \$0 (nivel 2)                            |   |
| IMPAVIDO  | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (84 de EA por 28 días)                       |
| <i>mefloquine hcl</i>   | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <i>nitazoxanide, por vía oral</i>   | 25 % (nivel 5)*                          |   |
| <i>pentamidine isethionate, por inhalación</i>  | 25 % (nivel 4)                           | B/D   |
| <i>pentamidine isethionate, por vía inyectable</i>  | 25 % (nivel 4)                           |   |
| <i>primaquine phosphate, comprimidos de 26.3 (15 base) mg, por vía oral</i>   | 25 % (nivel 4)                           |   |
| <i>pyrimethamine, por vía oral</i>  | 25 % (nivel 5)*                          |   |
| <i>quinine sulfate, por vía oral</i>  | 25 % (nivel 3)                           |   |
| <b>Fármacos antiparkinsonianos</b>  |  |   |
| <b>Fármacos anticolinérgicos</b>  |  |   |
| <i>benztropine mesylate, por vía oral</i>   | 25 % (nivel 4)                           |   |
| <i>trihexyphenidyl hcl, comprimidos, por vía oral</i>   | 25 % (nivel 3)                           |   |
| <b>Fármacos antiparkinsonianos, otros</b>   |  |   |
| <i>amantadine hcl, cápsulas, por vía oral</i>   | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <i>amantadine hcl, solución, por vía oral</i>   | 25 % (nivel 4)                           |   |
| <i>amantadine hcl, comprimidos, por vía oral</i>  | 25 % (nivel 4)                           |   |
| <i>carbidopa-levodopa-entacapone, comprimidos de 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, por vía oral</i> | 25 % (nivel 3)                           |   |
| <i>entacapone</i>   | 25 % (nivel 3)                           |   |
| <b>Fármacos agonistas dopaminérgicos</b>  |  |   |
| <i>bromocriptine mesylate, por vía oral</i>   | 25 % (nivel 4)                           |   |
| <i>pramipexole dihydrochloride</i>  | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <i>ropinirole hcl</i>   | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <i>ropinirole hcl, de liberación prolongada</i>   | 25 % (nivel 3)                           |   |
| <b>Precusores de dopamina E inhibidores de L-aminoácido aromático decarboxilasa</b>   |  |   |
| <i>carbidopa, por vía oral</i>  | 25 % (nivel 3)                           |   |

\* = suministro solo para 30 días

Para conocer el significado de las abreviaturas, consulte a partir de la página 12.

Este formulario se actualizó por última vez el 9/2/2025.

| Nombre del medicamento  | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|---|--|---|
| <i>carbidopa-levodopa</i>   | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <i>carbidopa-levodopa, comprimidos de liberación prolongada de 25-100 mg, 50-200 mg, por vía oral</i> | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <b>Inhibidores de monoaminoxidasa B (Mao-B)</b>   |  |   |
| <i>rasagiline mesylate, por vía oral</i>  | 25 % (nivel 4)                           |   |
| <i>selegiline hcl, por vía oral</i>   | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <b>Fármacos antipsicóticos</b>  |  |   |
| <b>de 1.ª generación/típicos</b>  |  |   |
| <i>chlorpromazine hcl, por vía oral</i>   | 25 % (nivel 4)                           |   |
| <i>fluphenazine decanoate, por vía inyectable</i>   | 25 % (nivel 3)                           |   |
| <i>fluphenazine hcl, por vía inyectable</i>   | 25 % (nivel 4)                           |   |
| <i>fluphenazine hcl, concentrado, por vía oral</i>  | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <i>fluphenazine hcl, elixir, por vía oral</i>   | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <i>fluphenazine hcl, comprimidos, por vía oral</i>  | 25 % (nivel 3)                           |   |
| <i>haloperidol decanoate, por vía intramuscular</i>   | 25 % (nivel 3)                           |   |
| <i>haloperidol lactate, por vía inyectable</i>  | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <i>haloperidol lactate, concentrado de 2 mg/ml, por vía oral</i>                                      | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <i>haloperidol, por vía oral</i>  | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <i>loxapine succinate, por vía oral</i>   | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <i>molindone hcl</i>  | 25 % (nivel 4)                           |   |
| <i>perphenazine, por vía oral</i>   | 25 % (nivel 4)                           |   |
| <i>pimozide</i>   | 25 % (nivel 4)                           |   |
| <i>thioridazine hcl, por vía oral</i>   | 25 % (nivel 3)                           |   |
| <i>thiothixene, por vía oral</i>  | 25 % (nivel 3)                           |   |
| <i>trifluoperazine hcl, por vía oral</i>  | 25 % (nivel 3)                           |   |
| <b>de 2.ª generación/atípicos</b>   |  |   |
| <i>abilify asimtufii, jeringa precargada de 720 mg/2.4 ml, por vía intramuscular</i>                  | 25 % (nivel 5)*                          | QL (2.4 ML por 56 días)                             |
| <i>abilify asimtufii, jeringa precargada de 960 mg/3.2 ml, por vía intramuscular</i>                  | 25 % (nivel 5)*                          | QL (3.2 ML por 56 días)                             |

\* = suministro solo para 30 días

Para conocer el significado de las abreviaturas, consulte a partir de la página 12.

Este formulario se actualizó por última vez el 9/2/2025.

| Nombre del medicamento   | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|--|--|---|
| ABILIFY MAINTENA, JERINGA PRECARGADA, POR VÍA INTRAMUSCULAR                                | 25 % (nivel 5)*                          | QL (1 de EA por 30 días)                            |
| ABILIFY MAINTENA, SUSPENSIÓN RECONSTITUIDA DE LIBERACIÓN PROLONGADA, POR VÍA INTRAMUSCULAR | 25 % (nivel 5)*                          | QL (1 de EA por 30 días)                            |
| <i>aripiprazole, solución, por vía oral</i>  | 25 % (nivel 4)                           | PA; QL (750 ML por 30 días)                         |
| <i>aripiprazole, comprimidos, por vía oral</i>   | \$0 (nivel 2)                            | QL (30 de EA por 30 días)                           |
| <i>aripiprazole, comprimidos dispersables, por vía oral</i>                                | 25 % (nivel 4)                           | PA; QL (60 de EA por 30 días)                       |
| <i>asenapine maleate</i>   | 25 % (nivel 4)                           | PA; QL (60 de EA por 30 días)                       |
| CAPLYTA  | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (30 de EA por 30 días)                       |
| COBENFY  | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (60 de EA por 30 días)                       |
| COBENFY, TRATAMIENTO INICIAL, CAJA   | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (56 de EA por 28 días)                       |
| FANAPT   | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (60 de EA por 30 días)                       |
| FANAPT, PARA AJUSTE DE DOSIS, CAJA A   | 25 % (nivel 4)                           | PA  |
| FANAPT, PARA AJUSTE DE DOSIS, CAJA B, COMPRIMIDOS, POR VÍA ORAL                            | 25 % (nivel 4)                           | PA  |
| FANAPT, PARA AJUSTE DE DOSIS, CAJA C, COMPRIMIDOS, POR VÍA ORAL                            | 25 % (nivel 4)                           | PA  |
| INVEGA HAFYERA, SUSPENSIÓN DE 1092 MG/3.5 ML EN JERINGA PRECARGADA, POR VÍA INTRAMUSCULAR  | 25 % (nivel 5)*                          | QL (3.5 ML por 180 días)                            |
| INVEGA HAFYERA, SUSPENSIÓN DE 1560 MG/5 ML EN JERINGA PRECARGADA, POR VÍA INTRAMUSCULAR    | 25 % (nivel 5)*                          | QL (5 ML por 180 días)                              |

\* = suministro solo para 30 días

Para conocer el significado de las abreviaturas, consulte a partir de la página 12.

Este formulario se actualizó por última vez el 9/2/2025.

| Nombre del medicamento   | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|--|--|---|
| INVEGA SUSTENNA, SUSPENSIÓN DE 117 MG/0.75 ML EN JERINGA PRECARGADA, POR VÍA INTRAMUSCULAR | 25 % (nivel 5)*                          | QL (0.75 ML por 30 días)                            |
| INVEGA SUSTENNA, SUSPENSIÓN DE 156 MG/ML EN JERINGA PRECARGADA, POR VÍA INTRAMUSCULAR      | 25 % (nivel 5)*                          | QL (1 ML por 30 días)                               |
| INVEGA SUSTENNA, SUSPENSIÓN DE 234 MG/1.5 ML EN JERINGA PRECARGADA, POR VÍA INTRAMUSCULAR  | 25 % (nivel 5)*                          | QL (1.5 ML por 30 días)                             |
| INVEGA SUSTENNA, SUSPENSIÓN DE 39 MG/0.25 ML EN JERINGA PRECARGADA, POR VÍA INTRAMUSCULAR  | 25 % (nivel 4)                           | QL (0.25 ML por 30 días)                            |
| INVEGA SUSTENNA, SUSPENSIÓN DE 78 MG/0.5 ML EN JERINGA PRECARGADA, POR VÍA INTRAMUSCULAR   | 25 % (nivel 5)*                          | QL (0.5 ML por 30 días)                             |
| INVEGA TRINZA, SUSPENSIÓN DE 273 MG/0.88 ML EN JERINGA PRECARGADA, POR VÍA INTRAMUSCULAR   | 25 % (nivel 5)*                          | QL (0.88 ML por 90 días)                            |
| INVEGA TRINZA, SUSPENSIÓN DE 410 MG/1.32 ML EN JERINGA PRECARGADA, POR VÍA INTRAMUSCULAR   | 25 % (nivel 5)*                          | QL (1.32 ML por 90 días)                            |
| INVEGA TRINZA, SUSPENSIÓN DE 546 MG/1.75 ML EN JERINGA PRECARGADA, POR VÍA INTRAMUSCULAR   | 25 % (nivel 5)*                          | QL (1.75 ML por 90 días)                            |
| INVEGA TRINZA, SUSPENSIÓN DE 819 MG/2.63 ML EN JERINGA PRECARGADA, POR VÍA INTRAMUSCULAR   | 25 % (nivel 5)*                          | QL (2.63 ML por 90 días)                            |
| <i>lurasidone hcl</i>  | 25 % (nivel 3)                           | QL (30 de EA por 30 días)                           |
| NUPLAZID, CÁPSULAS, POR VÍA ORAL   | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (30 de EA por 30 días)                       |

\* = suministro solo para 30 días

Para conocer el significado de las abreviaturas, consulte a partir de la página 12.

Este formulario se actualizó por última vez el 9/2/2025.



| Nombre del medicamento  | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|---|--|---|
| NUPLAZID, COMPRIMIDOS DE 10 MG, POR VÍA ORAL  | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (30 de EA por 30 días)                       |
| <i>olanzapine, por vía intramuscular</i>  | 25 % (nivel 3)                           | QL (30 de EA por 30 días)                           |
| <i>olanzapine, comprimidos de 10 mg, 2.5 mg, 5 mg, por vía oral</i>   | \$0 (nivel 2)                            | QL (60 de EA por 30 días)                           |
| <i>olanzapine, comprimidos de 15 mg, 20 mg, 7.5 mg, por vía oral</i>  | \$0 (nivel 2)                            | QL (30 de EA por 30 días)                           |
| <i>olanzapine, comprimidos dispersables, por vía oral</i>   | 25 % (nivel 4)                           | QL (30 de EA por 30 días)                           |
| OPIPZA, PELÍCULA DE 10 MG, POR VÍA ORAL   | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (90 de EA por 30 días)                       |
| OPIPZA, PELÍCULA DE 2 MG, POR VÍA ORAL  | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (30 de EA por 30 días)                       |
| OPIPZA, PELÍCULA DE 5 MG, POR VÍA ORAL  | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (120 de EA por 30 días)                      |
| <i>paliperidone, comprimidos de 1.5 mg, 3 mg, 9 mg, de liberación prolongada hasta 24 horas, por vía oral</i>           | 25 % (nivel 4)                           | ST; QL (30 de EA por 30 días)                       |
| <i>paliperidone, comprimidos de 6 mg, de liberación prolongada hasta 24 horas, por vía oral</i>                         | 25 % (nivel 4)                           | ST; QL (60 de EA por 30 días)                       |
| <i>quetiapine fumarate, comprimidos de 150 mg, 200 mg, 50 mg, de liberación prolongada hasta 24 horas, por vía oral</i> | 25 % (nivel 3)                           | QL (30 de EA por 30 días)                           |
| <i>quetiapine fumarate, comprimidos de 300 mg, 400 mg, de liberación prolongada hasta 24 horas, por vía oral</i>        | 25 % (nivel 3)                           | QL (60 de EA por 30 días)                           |
| <i>quetiapine fumarate, comprimidos de 100 mg, 200 mg, 25 mg, 300 mg, 400 mg, 50 mg, por vía oral</i>                   | \$0 (nivel 2)                            |   |
| REXULTI   | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (30 de EA por 30 días)                       |
| <i>risperidone, suspensión reconstituida de 12.5 mg, de liberación prolongada, por vía intramuscular</i>                | 25 % (nivel 4)                           | QL (2 de EA por 28 días)                            |
| <i>risperidone, suspensión reconstituida de 25 mg, 37.5 mg, 50 mg, de liberación prolongada, por vía intramuscular</i>  | 25 % (nivel 5)*                          | QL (2 de EA por 28 días)                            |

\* = suministro solo para 30 días

Para conocer el significado de las abreviaturas, consulte a partir de la página 12.

Este formulario se actualizó por última vez el 9/2/2025.

| Nombre del medicamento  | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|---|--|---|
| <i>risperidone en microesferas, suspensión reconstituida de 12.5 mg, 25 mg, de liberación prolongada, por vía intramuscular</i> | 25 % (nivel 4)                           | QL (2 de EA por 28 días)                            |
| <i>risperidone en microesferas, suspensión reconstituida de 37.5 mg, 50 mg, de liberación prolongada, por vía intramuscular</i> | 25 % (nivel 5)*                          | QL (2 de EA por 28 días)                            |
| <i>risperidone, solución, por vía oral</i>  | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <i>risperidone, comprimidos, por vía oral</i>   | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <i>risperidone, comprimidos dispersables, por vía oral</i>  | 25 % (nivel 4)                           |   |
| SECUADO   | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (30 de EA por 30 días)                       |
| VRAYLAR, CÁPSULAS, POR VÍA ORAL   | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (30 de EA por 30 días)                       |
| <i>ziprasidone hcl</i>  | 25 % (nivel 3)                           | QL (60 de EA por 30 días)                           |
| <i>ziprasidone mesylate</i>   | 25 % (nivel 4)                           |   |
| ZYPREXA RELPREVV, SUSPENSIÓN RECONSTITUIDA DE 210 MG, POR VÍA INTRAMUSCULAR   | 25 % (nivel 4)                           | QL (2 de EA por 30 días)                            |
| ZYPREXA RELPREVV, SUSPENSIÓN RECONSTITUIDA DE 300 MG, POR VÍA INTRAMUSCULAR   | 25 % (nivel 5)*                          | QL (2 de EA por 30 días)                            |
| ZYPREXA RELPREVV, SUSPENSIÓN RECONSTITUIDA DE 405 MG, POR VÍA INTRAMUSCULAR   | 25 % (nivel 5)*                          | QL (1 de EA por 30 días)                            |
| <b>Fármacos para pacientes con resistencia al tratamiento</b>   |  |   |
| <i>clozapine, comprimidos, por vía oral</i>   | 25 % (nivel 3)                           |   |
| <i>clozapine, comprimidos dispersables, por vía oral</i>  | 25 % (nivel 4)                           | PA  |
| VERSACLOZ   | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (540 ML por 30 días)                         |
| <b>Fármacos antiespásticos</b>  |  |   |
| <b>Fármacos antiespásticos</b>  |  |   |
| <i>baclofen, comprimidos de 10 mg, 20 mg, por vía oral</i>  | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <i>baclofen, comprimidos de 5 mg, por vía oral</i>  | 25 % (nivel 3)                           |   |

\* = suministro solo para 30 días

Para conocer el significado de las abreviaturas, consulte a partir de la página 12.

Este formulario se actualizó por última vez el 9/2/2025.

| Nombre del medicamento                                 | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|--|--|---|
| <i>dantrolene sodium, por vía oral</i>                 | 25 % (nivel 4)                           |   |
| <i>tizanidine hcl, comprimidos, por vía oral</i>       | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <b>Fármacos antivirales</b>                            |  |   |
| <b>Fármacos contra el citomegalovirus (Cmv)</b>        |  |   |
| LIVTENCITY   | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (336 de EA por 28 días)                      |
| PREVYMIS, CAJA, POR VÍA ORAL                           | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (120 de EA por 30 días)                      |
| PREVYMIS, COMPRIMIDOS, POR VÍA ORAL                    | 25 % (nivel 5)*                          | PA  |
| <i>valganciclovir hcl, comprimidos, por vía oral</i>   | 25 % (nivel 3)                           |   |
| <b>Fármacos contra la hepatitis B (Hbv)</b>            |  |   |
| <i>adefovir dipivoxil</i>                              | 25 % (nivel 4)                           |   |
| <i>entecavir</i>                                       | 25 % (nivel 4)                           |   |
| <i>lamivudine, solución de 10 mg/ml, por vía oral</i>  | 25 % (nivel 3)                           |   |
| <i>lamivudine, comprimidos, por vía oral</i>           | 25 % (nivel 3)                           |   |
| <b>Fármacos contra la hepatitis C (Hcv)</b>            |  |   |
| EPCLUSA, CAJA DE 150-37.5 MG, POR VÍA ORAL             | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (28 de EA por 28 días)                       |
| EPCLUSA, CAJA DE 200-50 MG, POR VÍA ORAL               | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (56 de EA por 28 días)                       |
| EPCLUSA, COMPRIMIDOS, POR VÍA ORAL                     | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (28 de EA por 28 días)                       |
| <i>ribavirin, cápsulas, por vía oral</i>               | 25 % (nivel 3)                           |   |
| <i>ribavirin, comprimidos de 200 mg, por vía oral</i>  | 25 % (nivel 3)                           |   |
| <b>Fármacos antiherpéticos</b>                         |  |   |
| <i>acyclovir, cápsulas, por vía oral</i>               | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <i>acyclovir, comprimidos, por vía oral</i>            | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <i>acyclovir sodium, solución, por vía intravenosa</i> | 25 % (nivel 4)                           | B/D   |
| <i>famciclovir, por vía oral</i>                       | \$0 (nivel 2)                            |   |

\* = suministro solo para 30 días

Para conocer el significado de las abreviaturas, consulte a partir de la página 12.

Este formulario se actualizó por última vez el 9/2/2025.

| Nombre del medicamento   | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|--|--|---|
| <i>valacyclovir hcl, por vía oral</i>  | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <b>Fármacos antirretrovíricos, inhibidores de la transferencia de la cadena de integrasa (Insti)</b> |  |   |
| BIKTARVY   | 25 % (nivel 5)*                          | QL (30 de EA por 30 días)                           |
| DOVATO   | 25 % (nivel 5)*                          | QL (30 de EA por 30 días)                           |
| GENVOYA  | 25 % (nivel 5)*                          | QL (30 de EA por 30 días)                           |
| ISENTRESS HD   | 25 % (nivel 5)*                          | QL (60 de EA por 30 días)                           |
| ISENTRESS, CAJA, POR VÍA ORAL  | 25 % (nivel 3)                           | QL (300 de EA por 30 días)                          |
| ISENTRESS, COMPRIMIDOS, POR VÍA ORAL   | 25 % (nivel 5)*                          | QL (120 de EA por 30 días)                          |
| ISENTRESS, TABLETAS MASTICABLES DE 100 MG, POR VÍA ORAL  | 25 % (nivel 5)*                          | QL (180 de EA por 30 días)                          |
| ISENTRESS, TABLETAS MASTICABLES DE 25 MG, POR VÍA ORAL   | 25 % (nivel 3)                           | QL (180 de EA por 30 días)                          |
| STRIBILD   | 25 % (nivel 5)*                          | QL (30 de EA por 30 días)                           |
| SYMTUZA  | 25 % (nivel 5)*                          | QL (30 de EA por 30 días)                           |
| TIVICAY, COMPRIMIDOS DE 50 MG, POR VÍA ORAL  | 25 % (nivel 5)*                          | QL (60 de EA por 30 días)                           |
| TIVICAY PD   | 25 % (nivel 4)                           | QL (180 de EA por 30 días)                          |
| <b>Fármacos antirretrovíricos, inhibidores no nucleósidos de la transcriptasa inversa (Nnrti)</b>    |  |   |
| EDURANT  | 25 % (nivel 5)*                          | QL (30 de EA por 30 días)                           |
| EDURANT PED  | 25 % (nivel 5)*                          | QL (180 de EA por 30 días)                          |
| <i>efavirenz, comprimidos, por vía oral</i>  | 25 % (nivel 3)                           |   |
| <i>emtricitab-rilpivir-tenofovir df</i>  | 25 % (nivel 5)*                          | QL (30 de EA por 30 días)                           |
| <i>etravirine</i>  | 25 % (nivel 5)*                          |   |
| INTELENCE, COMPRIMIDOS DE 25 MG, POR VÍA ORAL  | 25 % (nivel 3)                           | QL (120 de EA por 30 días)                          |
| <i>nevirapine, comprimidos de 400 mg, de liberación prolongada hasta 24 horas, por vía oral</i>      | 25 % (nivel 4)                           | QL (30 de EA por 30 días)                           |
| <i>nevirapine, suspensión, por vía oral</i>  | 25 % (nivel 4)                           | QL (1200 ML por 30 días)                            |
| <i>nevirapine, comprimidos, por vía oral</i>   | 25 % (nivel 4)                           | QL (60 de EA por 30 días)                           |
| PIFELTRO   | 25 % (nivel 5)*                          | QL (30 de EA por 30 días)                           |

\* = suministro solo para 30 días

Para conocer el significado de las abreviaturas, consulte a partir de la página 12.

Este formulario se actualizó por última vez el 9/2/2025.

| Nombre del medicamento  | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|---|--|---|
| <b>Fármacos antirretrovíricos, inhibidores nucleósidos y nucleótidos de la transcriptasa inversa (Nrti)</b> |  |   |
| <i>abacavir sulfate, solución, por vía oral</i>   | 25 % (nivel 3)                           |   |
| <i>abacavir sulfate, comprimidos, por vía oral</i>  | 25 % (nivel 4)                           |   |
| <i>abacavir sulfate-lamivudine</i>  | 25 % (nivel 4)                           |   |
| CIMDUO  | 25 % (nivel 5)*                          | QL (30 de EA por 30 días)                           |
| DELSTRIGO   | 25 % (nivel 5)*                          | QL (30 de EA por 30 días)                           |
| DESCOVY   | 25 % (nivel 5)*                          | QL (30 de EA por 30 días)                           |
| <i>efavirenz-emtricitab-tenofo df</i>   | 25 % (nivel 4)                           | QL (30 de EA por 30 días)                           |
| <i>efavirenz-lamivudine-tenofovir</i>   | 25 % (nivel 5)*                          | QL (30 de EA por 30 días)                           |
| <i>emtricitabine</i>  | 25 % (nivel 3)                           |   |
| <i>emtricitabine-tenofovir df, comprimidos de 100-150 mg, 133-200 mg, 167-250 mg, por vía oral</i>          | 25 % (nivel 5)*                          | QL (30 de EA por 30 días)                           |
| <i>emtricitabine-tenofovir df, comprimidos de 200-300 mg, por vía oral</i>                                  | 25 % (nivel 4)                           | QL (30 de EA por 30 días)                           |
| EMTRIVA, SOLUCIÓN, POR VÍA ORAL   | 25 % (nivel 3)                           |   |
| JULUCA  | 25 % (nivel 5)*                          | QL (30 de EA por 30 días)                           |
| <i>lamivudine-zidovudine</i>  | 25 % (nivel 4)                           |   |
| ODEFSEY   | 25 % (nivel 5)*                          | QL (30 de EA por 30 días)                           |
| <i>tenofovir disoproxil fumarate</i>  | 25 % (nivel 3)                           |   |
| VIREAD, EN POLVO, POR VÍA ORAL  | 25 % (nivel 5)*                          | QL (240 GM por 30 días)                             |
| VIREAD, COMPRIMIDOS DE 150 MG, 200 MG, 250 MG, POR VÍA ORAL   | 25 % (nivel 5)*                          | QL (30 de EA por 30 días)                           |
| <i>zidovudine</i>   | 25 % (nivel 3)                           |   |
| <b>Fármacos antirretrovíricos, otros</b>  |  |   |
| <i>maraviroc, comprimidos de 150 mg, por vía oral</i>   | 25 % (nivel 5)*                          | QL (60 de EA por 30 días)                           |
| <i>maraviroc, comprimidos de 300 mg, por vía oral</i>   | 25 % (nivel 5)*                          | QL (120 de EA por 30 días)                          |
| RUKOBIA   | 25 % (nivel 5)*                          | QL (60 de EA por 30 días)                           |
| SELZENTRY, SOLUCIÓN, POR VÍA ORAL   | 25 % (nivel 5)*                          | QL (1800 ML por 30 días)                            |

\* = suministro solo para 30 días

Para conocer el significado de las abreviaturas, consulte a partir de la página 12.

Este formulario se actualizó por última vez el 9/2/2025.

| Nombre del medicamento  | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|---|--|---|
| SUNLENCA, COMPRIMIDOS, POR VÍA ORAL                           | 25 % (nivel 5)*                          | QL (8 de EA por 365 días)                           |
| SUNLENCA, CAJA DE COMPRIMIDOS DE 4 X 300 MG, POR VÍA ORAL     | 25 % (nivel 5)*                          | QL (8 de EA por 365 días)                           |
| SUNLENCA, CAJA DE COMPRIMIDOS DE 5 X 300 MG, POR VÍA ORAL     | 25 % (nivel 5)*                          | QL (10 de EA por 365 días)                          |
| SUNLENCA, POR VÍA SUBCUTÁNEA                                  | 25 % (nivel 5)*                          | QL (3 ML por 180 días)                              |
| TRIUMEQ   | 25 % (nivel 5)*                          | QL (30 de EA por 30 días)                           |
| <i>trumeq pd</i>  | 25 % (nivel 4)                           | QL (180 de EA por 30 días)                          |
| <b>Fármacos antirretrovíricos, inhibidores de la proteasa</b> |  |   |
| APTIVUS, CÁPSULAS, POR VÍA ORAL                               | 25 % (nivel 5)*                          |   |
| <i>atazanavir sulfate</i>                                     | 25 % (nivel 4)                           |   |
| <i>darunavir, comprimidos de 600 mg, por vía oral</i>         | 25 % (nivel 4)                           | QL (60 de EA por 30 días)                           |
| <i>darunavir, comprimidos de 800 mg, por vía oral</i>         | 25 % (nivel 5)*                          | QL (30 de EA por 30 días)                           |
| EVOTAZ  | 25 % (nivel 5)*                          | QL (30 de EA por 30 días)                           |
| <i>fosamprenavir calcium</i>                                  | 25 % (nivel 5)*                          |   |
| KALETRA, SOLUCIÓN, POR VÍA ORAL                               | 25 % (nivel 4)                           |   |
| <i>lopinavir-ritonavir, comprimidos, por vía oral</i>         | 25 % (nivel 4)                           |   |
| NORVIR, CAJA, POR VÍA ORAL                                    | 25 % (nivel 4)                           |   |
| PREZCOBIX   | 25 % (nivel 5)*                          | QL (30 de EA por 30 días)                           |
| PREZISTA, SUSPENSIÓN, POR VÍA ORAL                            | 25 % (nivel 5)*                          | QL (400 ML por 30 días)                             |
| PREZISTA, COMPRIMIDOS DE 150 MG, POR VÍA ORAL                 | 25 % (nivel 3)                           | QL (240 de EA por 30 días)                          |
| PREZISTA, COMPRIMIDOS DE 75 MG, POR VÍA ORAL                  | 25 % (nivel 3)                           | QL (480 de EA por 30 días)                          |
| REYATAZ, CAJA, POR VÍA ORAL                                   | 25 % (nivel 5)*                          |   |
| RITONAVIR   | 25 % (nivel 3)                           |   |
| VIRACEPT, COMPRIMIDOS, POR VÍA ORAL                           | 25 % (nivel 5)*                          |   |
| <b>Fármacos antigripales</b>                                  |  |   |
| <i>oseltamivir phosphate, cápsulas, por vía oral</i>          | 25 % (nivel 3)                           |   |

\* = suministro solo para 30 días

Para conocer el significado de las abreviaturas, consulte a partir de la página 12.

Este formulario se actualizó por última vez el 9/2/2025.



| Nombre del medicamento   | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|--|--|---|
| <i>oseltamivir phosphate, suspensión reconstituida, por vía oral</i>                         | 25 % (nivel 4)                           |   |
| RELENZA DISKHALER, POLVO DE AEROSOL ACTIVADO CON EL ALIENTO DE 5 MG/ACT, POR INHALACIÓN      | 25 % (nivel 3)                           |   |
| <i>rimantadine hcl</i>   | 25 % (nivel 4)                           |   |
| <b>Fármacos antivirales, fármacos contra el coronavirus</b>                                  |  |   |
| PAXLOVID (150/100)   | 25 % (nivel 3)                           | QL (40 de EA por 180 días)                          |
| PAXLOVID (300/100 y 150/100)   | 25 % (nivel 3)                           | QL (22 de EA por 180 días)                          |
| PAXLOVID (300/100)   | 25 % (nivel 3)                           | QL (60 de EA por 180 días)                          |
| <b>Fármacos ansiolíticos</b>   |  |   |
| <b>Fármacos ansiolíticos, otros</b>  |  |   |
| <i>buspirone hcl, por vía oral</i>   | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <i>doxepin hcl, cápsulas, por vía oral</i>   | 25 % (nivel 4)                           |   |
| <i>doxepin hcl, concentrado, por vía oral</i>  | 25 % (nivel 4)                           |   |
| <b>Benzodiazepinas</b>   |  |   |
| <i>alprazolam, comprimidos, por vía oral</i>   | \$0 (nivel 2)                            | QL (150 de EA por 30 días)                          |
| <i>clonazepam, comprimidos de 0.5 mg, 1 mg, por vía oral</i>                                 | 25 % (nivel 3)                           | QL (90 de EA por 30 días)                           |
| <i>clonazepam, comprimidos de 2 mg, por vía oral</i>   | 25 % (nivel 3)                           | QL (300 de EA por 30 días)                          |
| <i>clonazepam, comprimidos dispersables de 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, por vía oral</i> | 25 % (nivel 4)                           | QL (90 de EA por 30 días)                           |
| <i>clonazepam, comprimidos dispersables de 2 mg, por vía oral</i>                            | 25 % (nivel 4)                           | QL (300 de EA por 30 días)                          |
| <i>clorazepate dipotassium, comprimidos de 15 mg, 3.75 mg, por vía oral</i>                  | 25 % (nivel 4)                           | QL (180 de EA por 30 días)                          |
| <i>clorazepate dipotassium, comprimidos de 7.5 mg, por vía oral</i>                          | 25 % (nivel 4)                           | QL (360 de EA por 30 días)                          |
| DIAZEPAM INTENSOL  | 25 % (nivel 4)                           | QL (240 ML por 1 día)                               |
| <i>diazepam, solución de 5 mg/5 ml, por vía oral</i>   | 25 % (nivel 4)                           | QL (1200 ML por 30 días)                            |
| <i>diazepam, comprimidos, por vía oral</i>   | \$0 (nivel 2)                            | QL (120 de EA por 30 días)                          |

\* = suministro solo para 30 días

Para conocer el significado de las abreviaturas, consulte a partir de la página 12.

Este formulario se actualizó por última vez el 9/2/2025.



| Nombre del medicamento   | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|--|--|---|
| LORAZEPAM INTENSOL   | 25 % (nivel 4)                           | QL (150 ML por 30 días)                             |
| <i>lorazepam, comprimidos, por vía oral</i>  | \$0 (nivel 2)                            | QL (150 de EA por 30 días)                          |
| <b>Fármacos para el trastorno bipolar</b>  |  |   |
| <b>Fármacos estabilizadores del estado de ánimo</b>  |  |   |
| <i>carbamazepine, cápsulas de liberación prolongada hasta 12 horas, por vía oral</i>               | 25 % (nivel 3)                           |   |
| <i>divalproex sodium, comprimidos de liberación prolongada hasta 24 horas, por vía oral</i>        | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <i>divalproex sodium, cápsulas con gránulos dispersables de liberación retardada, por vía oral</i> | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <i>divalproex sodium, comprimidos de liberación retardada, por vía oral</i>                        | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <i>lithium</i>   | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <i>lithium carbonate, de liberación prolongada</i>   | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <i>lithium carbonate, por vía oral</i>   | \$0 (nivel 1)                            |   |
| <b>Reguladores de la glucosa en sangre</b>   |  |   |
| <b>Fármacos antidiabéticos</b>   |  |   |
| <i>acarbose, por vía oral</i>  | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <i>dapagliflozin propanediol</i>   | 25 % (nivel 3)                           | QL (30 de EA por 30 días)                           |
| FARXIGA  | 25 % (nivel 3)                           | QL (30 de EA por 30 días)                           |
| <i>glimepiride, comprimidos de 1 mg, 2 mg, 4 mg, por vía oral</i>                                  | \$0 (nivel 1)                            |   |
| <i>glipizide, de liberación prolongada</i>   | \$0 (nivel 1)                            |   |
| <i>glipizide, comprimidos de 10 mg, 5 mg, por vía oral</i>   | \$0 (nivel 1)                            |   |
| <i>glipizide-metformin hcl</i>   | \$0 (nivel 1)                            |   |
| GLIXAMBI   | 25 % (nivel 3)                           | QL (30 de EA por 30 días)                           |
| GVOKE HYPOPEN, CAJA DE 2   | 25 % (nivel 3)                           |   |
| GVOKE, KIT   | 25 % (nivel 3)                           |   |
| GVOKE PFS, SOLUCIÓN DE 1 MG/0.2 ML EN JERINGA PRECARGADA, POR VÍA SUBCUTÁNEA                       | 25 % (nivel 3)                           |   |

\* = suministro solo para 30 días

Para conocer el significado de las abreviaturas, consulte a partir de la página 12.

Este formulario se actualizó por última vez el 9/2/2025.

| Nombre del medicamento  | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|---|--|---|
| JANUMET   | 25 % (nivel 3)                           | QL (60 de EA por 30 días)                           |
| JANUMET XR, COMPRIMIDOS DE 100-1000 MG, DE LIBERACIÓN PROLONGADA HASTA 24 HORAS, POR VÍA ORAL           | 25 % (nivel 3)                           | QL (30 de EA por 30 días)                           |
| JANUMET XR, COMPRIMIDOS DE 50-1000 MG, 50-500 MG, DE LIBERACIÓN PROLONGADA HASTA 24 HORAS, POR VÍA ORAL | 25 % (nivel 3)                           | QL (60 de EA por 30 días)                           |
| JANUVIA   | 25 % (nivel 3)                           | QL (30 de EA por 30 días)                           |
| JARDIANCE   | 25 % (nivel 3)                           | QL (30 de EA por 30 días)                           |
| JENTADUETO  | 25 % (nivel 3)                           | QL (60 de EA por 30 días)                           |
| JENTADUETO XR   | 25 % (nivel 3)                           | QL (30 de EA por 30 días)                           |
| <i>metformin hcl, de liberación prolongada</i>  | \$0 (nivel 1)                            |   |
| <i>metformin hcl, comprimidos de 1000 mg, 500 mg, 850 mg, por vía oral</i>                              | \$0 (nivel 1)                            |   |
| <i>miglitol</i>   | 25 % (nivel 4)                           |   |
| MOUNJARO, SOLUCIÓN EN PLUMA AUTOINYECTORA, POR VÍA SUBCUTÁNEA   | 25 % (nivel 3)                           | PA; QL (2 ML por 28 días)                           |
| <i>nateglinide</i>  | \$0 (nivel 2)                            |   |
| OZEMPIC, SOLUCIÓN DE 2 MG/3 ML, DOSIS DE 0.25 MG O 0.5 MG, EN PLUMA INYECTORA, POR VÍA SUBCUTÁNEA       | 25 % (nivel 3)                           | PA; QL (3 ML por 28 días)                           |
| OZEMPIC, SOLUCIÓN DE 4 MG/3 ML, DOSIS DE 1 MG, EN PLUMA INYECTORA, POR VÍA SUBCUTÁNEA                   | 25 % (nivel 3)                           | PA; QL (3 ML por 28 días)                           |
| OZEMPIC, DOSIS DE 2 MG  | 25 % (nivel 3)                           | PA; QL (3 ML por 28 días)                           |
| <i>pioglitazone hcl</i>   | \$0 (nivel 1)                            |   |
| <i>pioglitazone hcl-glimepiride</i>   | 25 % (nivel 3)                           |   |
| <i>pioglitazone hcl-metformin hcl</i>   | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <i>repaglinide</i>  | \$0 (nivel 1)                            |   |
| RYBELSUS  | 25 % (nivel 3)                           | PA; QL (30 de EA por 30 días)                       |
| RYBELSUS (FORMULACIÓN R2)   | 25 % (nivel 3)                           | PA; QL (30 de EA por 30 días)                       |

\* = suministro solo para 30 días

Para conocer el significado de las abreviaturas, consulte a partir de la página 12.

Este formulario se actualizó por última vez el 9/2/2025.

| Nombre del medicamento   | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|--|--|---|
| SINAJARDY  | 25 % (nivel 3)                           | QL (60 de EA por 30 días)                           |
| SYNJARDY XR, COMPRIMIDOS DE 10-1000 MG, 25-1000 MG, DE LIBERACIÓN PROLONGADA HASTA 24 HORAS, POR VÍA ORAL          | 25 % (nivel 3)                           | QL (30 de EA por 30 días)                           |
| SYNJARDY XR, COMPRIMIDOS DE 12.5-1000 MG, 5-1000 MG, DE LIBERACIÓN PROLONGADA HASTA 24 HORAS, POR VÍA ORAL         | 25 % (nivel 3)                           | QL (60 de EA por 30 días)                           |
| TRADJENTA  | 25 % (nivel 3)                           | QL (30 de EA por 30 días)                           |
| TRIJARDY XR, COMPRIMIDOS DE 10-5-1000 MG, 25-5-1000 MG, DE LIBERACIÓN PROLONGADA HASTA 24 HORAS, POR VÍA ORAL      | 25 % (nivel 3)                           | QL (30 de EA por 30 días)                           |
| TRIJARDY XR, COMPRIMIDOS DE 12.5-2.5-1000 MG, 5-2.5-1000 MG, DE LIBERACIÓN PROLONGADA HASTA 24 HORAS, POR VÍA ORAL | 25 % (nivel 3)                           | QL (60 de EA por 30 días)                           |
| TRULICITY, SOLUCIÓN EN PLUMA AUTOINYECTORA, POR VÍA SUBCUTÁNEA   | 25 % (nivel 3)                           | PA; QL (2 ML por 28 días)                           |
| XIGDUO XR, COMPRIMIDOS DE 10-1000 MG, 10-500 MG, 5-500 MG, DE LIBERACIÓN PROLONGADA HASTA 24 HORAS, POR VÍA ORAL   | 25 % (nivel 3)                           | QL (30 de EA por 30 días)                           |
| XIGDUO XR, COMPRIMIDOS DE 2.5-1000 MG, 5-1000 MG, DE LIBERACIÓN PROLONGADA HASTA 24 HORAS, POR VÍA ORAL            | 25 % (nivel 3)                           | QL (60 de EA por 30 días)                           |
| <b>Fármacos para el control glucémico</b>  |  |   |
| BAQSIMI, CAJA CON UN DISPOSITIVO   | 25 % (nivel 3)                           |   |
| BAQSIMI, CAJA CON DOS DISPOSITIVOS   | 25 % (nivel 3)                           |   |
| <i>diazoxide, por vía oral</i>   | 25 % (nivel 5)*                          |   |
| <i>glucagon, kit para emergencias, por vía inyectable</i>  | 25 % (nivel 3)                           |   |
| <i>mifepristone, comprimidos de 300 mg, por vía oral</i>   | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (120 de EA por 30 días)                      |
| <b>Insulinas</b>   |  |   |

\* = suministro solo para 30 días

Para conocer el significado de las abreviaturas, consulte a partir de la página 12.

Este formulario se actualizó por última vez el 9/2/2025.

| Nombre del medicamento   | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|--|--|---|
| <i>assure id, jeringa de insulina de 29g x 1/2" 1 ml, con aguja de seguridad incorporada</i> | \$0 (nivel 1)                            | PA  |
| <i>bd autoshield duo</i>   | \$0 (nivel 1)                            | PA  |
| <i>bd, aguja para pluma, 29 g x 12 mm</i>  | \$0 (nivel 1)                            | PA  |
| <i>bd micro u/f, aguja para pluma</i>  | \$0 (nivel 1)                            | PA  |
| <i>bd micro ultrafine, aguja para pluma</i>  | \$0 (nivel 1)                            | PA  |
| <i>bd u/f mini, aguja para pluma</i>   | \$0 (nivel 1)                            | PA  |
| <i>bd mini ultrafine, aguja para pluma</i>   | \$0 (nivel 1)                            | PA  |
| <i>bd nano 2nd gen, aguja para pluma</i>   | \$0 (nivel 1)                            | PA  |
| <i>bd nano u/f, aguja para pluma</i>   | \$0 (nivel 1)                            | PA  |
| <i>bd nano ultrafine, aguja para pluma</i>   | \$0 (nivel 1)                            | PA  |
| <i>bd orig ultrafine, aguja para pluma</i>   | \$0 (nivel 1)                            | PA  |
| <i>bd original u/f, aguja para pluma</i>   | \$0 (nivel 1)                            | PA  |
| <i>bd short u/f, aguja para pluma</i>  | \$0 (nivel 1)                            | PA  |
| <i>bd short ultrafine, aguja para pluma</i>  | \$0 (nivel 1)                            | PA  |
| <i>comfort assist, jeringa de insulina de 29g x 1/2" 1 ml</i>                                | \$0 (nivel 1)                            | PA  |
| <i>cvs, apósitos de gasa estéril de 2"X2"</i>  | 25 % (nivel 3)                           | PA  |
| <i>embecta autoshield duo</i>  | \$0 (nivel 1)                            | PA  |
| <i>embecta nano, aguja para pluma</i>  | \$0 (nivel 1)                            | PA  |
| <i>embecta nano 2 gen, aguja para pluma</i>  | \$0 (nivel 1)                            | PA  |
| <i>embecta ultrafine, aguja para pluma</i>   | \$0 (nivel 1)                            | PA  |
| FIASP FLEXTOUCH  | 25 % (nivel 3)                           |   |
| FIASP, POR VÍA INYECTABLE  | 25 % (nivel 3)                           |   |
| FIASP, CARTUCHO PARA PLUMA   | 25 % (nivel 3)                           |   |
| HUMALOG, POR VÍA INYECTABLE  | 25 % (nivel 3)                           |   |
| HUMALOG JUNIOR KWIKPEN   | 25 % (nivel 3)                           |   |
| HUMALOG KWIKPEN, SOLUCIÓN EN PLUMA INYECTORA, POR VÍA SUBCUTÁNEA                             | 25 % (nivel 3)                           |   |
| HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN, SUSPENSIÓN EN PLUMA INYECTORA, POR VÍA SUBCUTÁNEA                 | 25 % (nivel 3)                           |   |

\* = suministro solo para 30 días

Para conocer el significado de las abreviaturas, consulte a partir de la página 12.

Este formulario se actualizó por última vez el 9/2/2025.

| Nombre del medicamento   | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|--|--|---|
| HUMALOG MIX 75/25  | 25 % (nivel 3)                           |   |
| HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN, SUSPENSIÓN EN PLUMA INYECTORA, POR VÍA SUBCUTÁNEA | 25 % (nivel 3)                           |   |
| HUMALOG, SOLUCIÓN EN CARTUCHO, POR VÍA SUBCUTÁNEA                            | 25 % (nivel 3)                           |   |
| HUMULIN 70/30  | 25 % (nivel 3)                           |   |
| HUMULIN 70/30 KWIKPEN, SUSPENSIÓN EN PLUMA INYECTORA, POR VÍA SUBCUTÁNEA     | 25 % (nivel 3)                           |   |
| HUMULIN N  | 25 % (nivel 3)                           |   |
| HUMULIN N KWIKPEN, SUSPENSIÓN EN PLUMA INYECTORA, POR VÍA SUBCUTÁNEA         | 25 % (nivel 3)                           |   |
| HUMULIN R  | 25 % (nivel 3)                           |   |
| HUMULIN R U-500, CONCENTRADO   | 25 % (nivel 5)*                          |   |
| HUMULIN R U-500 KWIKPEN, SOLUCIÓN EN PLUMA INYECTORA, POR VÍA SUBCUTÁNEA     | 25 % (nivel 5)*                          |   |
| <i>insulin glargine-yfgh</i>   | 25 % (nivel 3)                           |   |
| <i>insulin lispro, por vía inyectable</i>                                    | 25 % (nivel 3)                           |   |
| LANTUS   | 25 % (nivel 3)                           |   |
| LANTUS SOLOSTAR, SOLUCIÓN EN PLUMA INYECTORA, POR VÍA SUBCUTÁNEA             | 25 % (nivel 3)                           |   |
| LYUMJEV  | 25 % (nivel 3)                           |   |
| LYUMJEV KWIKPEN  | 25 % (nivel 3)                           |   |
| <i>novofine, aguja para pluma</i>  | \$0 (nivel 1)                            | PA  |
| <i>novofine plus, aguja para pluma</i>                                       | \$0 (nivel 1)                            | PA  |
| NOVOLIN 70/30  | 25 % (nivel 3)                           |   |
| NOVOLIN 70/30 FLEXPEN  | 25 % (nivel 3)                           |   |
| NOVOLIN N  | 25 % (nivel 3)                           |   |
| NOVOLIN N FLEXPEN  | 25 % (nivel 3)                           |   |
| NOVOLIN R  | 25 % (nivel 3)                           |   |

\* = suministro solo para 30 días

Para conocer el significado de las abreviaturas, consulte a partir de la página 12.

Este formulario se actualizó por última vez el 9/2/2025.

| Nombre del medicamento   | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|--|--|---|
| NOVOLIN R FLEXPEN  | 25 % (nivel 3)                           |   |
| NOVOLOG 70/30 FLEXPEN RELION   | 25 % (nivel 3)                           |   |
| NOVOLOG FLEXPEN RELION   | 25 % (nivel 3)                           |   |
| NOVOLOG FLEXPEN, SOLUCIÓN EN PLUMA INYECTORA, POR VÍA SUBCUTÁNEA             | 25 % (nivel 3)                           |   |
| NOVOLOG, POR VÍA INYECTABLE  | 25 % (nivel 3)                           |   |
| NOVOLOG MIX 70/30  | 25 % (nivel 3)                           |   |
| NOVOLOG MIX 70/30 FLEXPEN, SUSPENSIÓN EN PLUMA INYECTORA, POR VÍA SUBCUTÁNEA | 25 % (nivel 3)                           |   |
| NOVOLOG MIX 70/30 RELION   | 25 % (nivel 3)                           |   |
| NOVOLOG, CARTUCHO PARA PLUMA, SOLUCIÓN EN CARTUCHO, POR VÍA SUBCUTÁNEA       | 25 % (nivel 3)                           |   |
| NOVOLOG RELION, POR VÍA INYECTABLE   | 25 % (nivel 3)                           |   |
| <i>preferred plus, jeringa de insulina de 28 g x 1/2" 0.5 ml</i>             | \$0 (nivel 1)                            | PA  |
| <i>reli-on, jeringa de insulina de 29 g 0.3 ml</i>                           | \$0 (nivel 1)                            | PA  |
| SOLIQUA  | 25 % (nivel 3)                           | QL (15 ML por 25 días)                              |
| TOUJEO MAX SOLOSTAR  | 25 % (nivel 3)                           |   |
| TOUJEO SOLOSTAR  | 25 % (nivel 3)                           |   |
| KIT V-GO 20, 20 UNIDADES/24 HORAS  | 25 % (nivel 3)                           |   |
| KIT V-GO 30, 30 UNIDADES/24 HORAS  | 25 % (nivel 3)                           |   |
| KIT V-GO 40, 40 UNIDADES/24 HORAS  | 25 % (nivel 3)                           |   |
| <b>Hemoderivados y biomoduladores</b>  |  |   |
| <b>Anticoagulantes</b>   |  |   |
| <i>dabigatran etexilate mesylate</i>   | 25 % (nivel 3)                           | QL (60 de EA por 30 días)                           |
| ELIQUIS  | 25 % (nivel 3)                           | QL (74 de EA por 30 días)                           |
| ELIQUIS DVT/PE, TRATAMIENTO INICIAL, CAJA DE COMPRIMIDOS, POR VÍA ORAL       | 25 % (nivel 3)                           | QL (74 de EA por 30 días)                           |

\* = suministro solo para 30 días

Para conocer el significado de las abreviaturas, consulte a partir de la página 12.

Este formulario se actualizó por última vez el 9/2/2025.



| Nombre del medicamento  | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|---|--|---|
| <i>enoxaparin sodium, solución de 100 mg/ml, 150 mg/ml en jeringa precargada, por vía inyectable</i>                                      | 25 % (nivel 4)                           | QL (60 ML por 30 días)                              |
| <i>enoxaparin sodium, solución de 120 mg/0.8 ml, 80 mg/0.8 ml, en jeringa precargada, por vía inyectable</i>                              | 25 % (nivel 4)                           | QL (48 ML por 30 días)                              |
| <i>enoxaparin sodium, solución de 30 mg/0.3 ml en jeringa precargada, por vía inyectable</i>  | 25 % (nivel 4)                           | QL (18 ML por 30 días)                              |
| <i>enoxaparin sodium, solución de 40 mg/0.4 ml en jeringa precargada, por vía inyectable</i>  | 25 % (nivel 4)                           | QL (24 ML por 30 días)                              |
| <i>enoxaparin sodium, solución de 60 mg/0.6 ml en jeringa precargada, por vía inyectable</i>  | 25 % (nivel 4)                           | QL (36 ML por 30 días)                              |
| <i>fondaparinux sodium, solución de 10 mg/0.8 ml, por vía subcutánea</i>  | 25 % (nivel 5)*                          | QL (24 ML por 30 días)                              |
| <i>fondaparinux sodium, solución de 2.5 mg/0.5 ml, por vía subcutánea</i>   | 25 % (nivel 4)                           | QL (15 ML por 30 días)                              |
| <i>fondaparinux sodium, solución de 5 mg/0.4 ml, por vía subcutánea</i>   | 25 % (nivel 5)*                          | QL (12 ML por 30 días)                              |
| <i>fondaparinux sodium, solución de 7.5 mg/0.6 ml, por vía subcutánea</i>   | 25 % (nivel 5)*                          | QL (18 ML por 30 días)                              |
| <i>heparin sodium (porcine), solución de 1000 unidades/ml, 10000 unidades/ml, 20000 unidades/ml, 5000 unidades/ml, por vía inyectable</i> | 25 % (nivel 3)                           | HI  |
| <i>jantoven</i>   | \$0 (nivel 1)                            |   |
| <i>warfarin sodium, por vía oral</i>  | \$0 (nivel 1)                            |   |
| XARELTO, SUSPENSIÓN RECONSTITUIDA, POR VÍA ORAL   | 25 % (nivel 3)                           | QL (620 ML por 30 días)                             |
| XARELTO, COMPRIMIDOS DE 10 MG, 20 MG, POR VÍA ORAL  | 25 % (nivel 3)                           | QL (30 de EA por 30 días)                           |
| XARELTO, COMPRIMIDOS DE 15 MG, 2.5 MG, POR VÍA ORAL   | 25 % (nivel 3)                           | QL (60 de EA por 30 días)                           |
| XARELTO, TRATAMIENTO INICIAL, CAJA  | 25 % (nivel 3)                           | QL (51 de EA por 30 días)                           |
| <b>Hemoderivados y biomoduladores, otros</b>  |  |   |

\* = suministro solo para 30 días

Para conocer el significado de las abreviaturas, consulte a partir de la página 12.

Este formulario se actualizó por última vez el 9/2/2025.



| Nombre del medicamento   | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|--|--|---|
| <i>anagrelide hcl</i>  | 25 % (nivel 3)                           |   |
| <i>eltrombopag olamine, 12.5 mg, en caja, por vía oral</i>   | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (30 de EA por 30 días)                       |
| <i>eltrombopag olamine, 25 mg, en caja, por vía oral</i>   | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (180 de EA por 30 días)                      |
| <i>eltrombopag olamine, comprimidos de 12.5 mg, 25 mg, por vía oral</i>  | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (30 de EA por 30 días)                       |
| <i>eltrombopag olamine, comprimidos de 50 mg, 75 mg, por vía oral</i>  | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (60 de EA por 30 días)                       |
| NIVESTYM, SOLUCIÓN EN JERINGA PRECARGADA, POR VÍA INYECTABLE   | 25 % (nivel 5)*                          | PA  |
| NYVEPRIA   | 25 % (nivel 5)*                          |   |
| PROCRIT, SOLUCIÓN DE 10000 UNIDADES/ML, 2000 UNIDADES/ML, 3000 UNIDADES/ML, 4000 UNIDADES/ML, POR VÍA INYECTABLE   | 25 % (nivel 3)                           | B/D   |
| PROCRIT, SOLUCIÓN DE 20000 UNIDADES/ML, 40000 UNIDADES/ML, POR VÍA INYECTABLE  | 25 % (nivel 5)*                          | B/D   |
| PROMACTA, CAJA, 12.5 MG, POR VÍA ORAL  | 25 % (nivel 5)*                          | PA; LA; QL (30 de EA por 30 días)                   |
| PROMACTA, CAJA, 25 MG, POR VÍA ORAL  | 25 % (nivel 5)*                          | PA; LA; QL (180 de EA por 30 días)                  |
| PROMACTA, COMPRIMIDOS DE 12.5 MG Y 25 MG, POR VÍA ORAL   | 25 % (nivel 5)*                          | PA; LA; QL (30 de EA por 30 días)                   |
| PROMACTA, COMPRIMIDOS DE 50 MG Y 75 MG, POR VÍA ORAL   | 25 % (nivel 5)*                          | PA; LA; QL (60 de EA por 30 días)                   |
| RETACRIT, SOLUCIÓN DE 10000 UNIDADES/ML, 10000 UNIDADES/ML(1 ML), 2000 UNIDADES/ML, 20000 UNIDADES/ML, 3000 UNIDADES/ML, 4000 UNIDADES/ML, 40000 UNIDADES/ML, POR VÍA INYECTABLE | 25 % (nivel 3)                           | B/D   |
| VOYDEYA  | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (180 de EA por 30 días)                      |
| <b>Fármacos hemostáticos</b>   |  |   |
| <i>tranexamic acid, por vía oral</i>   | 25 % (nivel 3)                           |   |

\* = suministro solo para 30 días

Para conocer el significado de las abreviaturas, consulte a partir de la página 12.

Este formulario se actualizó por última vez el 9/2/2025.

| Nombre del medicamento   | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|--|--|---|
| <b>Fármacos antiagregantes plaquetarios</b>                          |  |   |
| aspirin low dose, comprimidos masticables, por vía oral              | \$0 (MC)                                 |   |
| aspirin low dose, comprimidos de liberación retardada, por vía oral  | \$0 (MC)                                 |   |
| <i>aspirin-dipyridamole, de liberación prolongada</i>                | 25 % (nivel 4)                           |   |
| <i>cilostazol</i>  | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <i>clopidogrel bisulfate, comprimidos de 75 mg, por vía oral</i>     | \$0 (nivel 1)                            |   |
| <i>prasugrel hcl</i>   | 25 % (nivel 3)                           |   |
| <i>ticagrelor, comprimidos de 60 mg, por vía oral</i>                | 25 % (nivel 3)                           | QL (60 de EA por 30 días)                           |
| <i>ticagrelor, comprimidos de 90 mg, por vía oral</i>                | 25 % (nivel 3)                           | QL (61 de EA por 30 días)                           |
| <b>Fármacos cardiovasculares</b>                                     |  |   |
| <b>Fármacos agonistas adrenérgicos alfa</b>                          |  |   |
| <i>clonidine</i>   | 25 % (nivel 4)                           |   |
| <i>clonidine hcl, por vía oral</i>                                   | \$0 (nivel 1)                            |   |
| <i>droxidopa, cápsulas de 100 mg, por vía oral</i>                   | 25 % (nivel 4)                           | PA  |
| <i>droxidopa, cápsulas de 200 mg, 300 mg, por vía oral</i>           | 25 % (nivel 5)*                          | PA  |
| <i>guanfacine hcl, por vía oral</i>                                  | 25 % (nivel 4)                           |   |
| <i>midodrine hcl</i>   | 25 % (nivel 3)                           |   |
| <b>Fármacos bloqueadores alfa adrenérgicos</b>                       |  |   |
| <i>doxazosin mesylate, por vía oral</i>                              | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <i>prazosin hcl, por vía oral</i>                                    | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <i>terazosin hcl, por vía oral</i>                                   | \$0 (nivel 1)                            |   |
| <b>Fármacos antagonistas de los receptores de la angiotensina II</b> |  |   |
| <i>candesartan cilexetil, comprimidos de 16 mg, por vía oral</i>     | \$0 (nivel 2)                            | QL (60 de EA por 30 días)                           |
| <i>candesartan cilexetil, comprimidos de 32 mg, por vía oral</i>     | \$0 (nivel 2)                            | QL (30 de EA por 30 días)                           |

\* = suministro solo para 30 días

Para conocer el significado de las abreviaturas, consulte a partir de la página 12.

Este formulario se actualizó por última vez el 9/2/2025.

| Nombre del medicamento  | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|---|--|---|
| <i>candesartan cilexetil, comprimidos de 4 mg, por vía oral</i>             | \$0 (nivel 2)                            | QL (240 de EA por 30 días)                          |
| <i>candesartan cilexetil, comprimidos de 8 mg, por vía oral</i>             | \$0 (nivel 2)                            | QL (120 de EA por 30 días)                          |
| <i>irbesartan, comprimidos de 150 mg, por vía oral</i>                      | \$0 (nivel 1)                            | QL (60 de EA por 30 días)                           |
| <i>irbesartan, comprimidos de 300 mg, por vía oral</i>                      | \$0 (nivel 1)                            | QL (30 de EA por 30 días)                           |
| <i>irbesartan, comprimidos de 75 mg, por vía oral</i>                       | \$0 (nivel 1)                            | QL (120 de EA por 30 días)                          |
| <i>losartan potassium, comprimidos de 100 mg, 50 mg, por vía oral</i>       | \$0 (nivel 1)                            | QL (60 de EA por 30 días)                           |
| <i>losartan potassium, comprimidos de 25 mg, por vía oral</i>               | \$0 (nivel 1)                            | QL (90 de EA por 30 días)                           |
| <i>olmesartan medoxomil, comprimidos de 20 mg, por vía oral</i>             | \$0 (nivel 1)                            | QL (60 de EA por 30 días)                           |
| <i>olmesartan medoxomil, comprimidos de 40 mg, por vía oral</i>             | \$0 (nivel 1)                            | QL (30 de EA por 30 días)                           |
| <i>olmesartan medoxomil, comprimidos de 5 mg, por vía oral</i>              | \$0 (nivel 1)                            | QL (240 de EA por 30 días)                          |
| <i>telmisartan, comprimidos de 20 mg, por vía oral</i>                      | \$0 (nivel 1)                            | QL (120 de EA por 30 días)                          |
| <i>telmisartan, comprimidos de 40 mg, por vía oral</i>                      | \$0 (nivel 1)                            | QL (60 de EA por 30 días)                           |
| <i>telmisartan, comprimidos de 80 mg, por vía oral</i>                      | \$0 (nivel 1)                            | QL (30 de EA por 30 días)                           |
| <i>valsartan, comprimidos de 160 mg, por vía oral</i>                       | \$0 (nivel 1)                            | QL (60 de EA por 30 días)                           |
| <i>valsartan, comprimidos de 320 mg, por vía oral</i>                       | \$0 (nivel 1)                            | QL (30 de EA por 30 días)                           |
| <i>valsartan, comprimidos de 40 mg, por vía oral</i>                        | \$0 (nivel 1)                            | QL (240 de EA por 30 días)                          |
| <i>valsartan, comprimidos de 80 mg, por vía oral</i>                        | \$0 (nivel 1)                            | QL (120 de EA por 30 días)                          |
| <b>Fármacos inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (ECA)</b> |  |   |

\* = suministro solo para 30 días

Para conocer el significado de las abreviaturas, consulte a partir de la página 12.

Este formulario se actualizó por última vez el 9/2/2025.

| Nombre del medicamento  | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|---|--|---|
| <i>benazepril hcl, comprimidos de 10 mg, por vía oral</i>           | \$0 (nivel 1)                            | QL (240 de EA por 30 días)                          |
| <i>benazepril hcl, comprimidos de 20 mg, por vía oral</i>           | \$0 (nivel 1)                            | QL (120 de EA por 30 días)                          |
| <i>benazepril hcl, comprimidos de 40 mg, por vía oral</i>           | \$0 (nivel 1)                            | QL (60 de EA por 30 días)                           |
| <i>benazepril hcl, comprimidos de 5 mg, por vía oral</i>            | \$0 (nivel 1)                            | QL (480 de EA por 30 días)                          |
| <i>captopril, comprimidos de 100 mg, por vía oral</i>               | \$0 (nivel 2)                            | QL (135 de EA por 30 días)                          |
| <i>captopril, comprimidos de 12.5 mg, por vía oral</i>              | \$0 (nivel 2)                            | QL (1080 de EA por 30 días)                         |
| <i>captopril, comprimidos de 25 mg, por vía oral</i>                | \$0 (nivel 2)                            | QL (540 de EA por 30 días)                          |
| <i>captopril, comprimidos de 50 mg, por vía oral</i>                | \$0 (nivel 2)                            | QL (270 de EA por 30 días)                          |
| <i>enalapril maleate, comprimidos de 10 mg, por vía oral</i>        | \$0 (nivel 1)                            | QL (120 de EA por 30 días)                          |
| <i>enalapril maleate, comprimidos de 2.5 mg, por vía oral</i>       | \$0 (nivel 1)                            | QL (480 de EA por 30 días)                          |
| <i>enalapril maleate, comprimidos de 20 mg, por vía oral</i>        | \$0 (nivel 1)                            | QL (60 de EA por 30 días)                           |
| <i>enalapril maleate, comprimidos de 5 mg, por vía oral</i>         | \$0 (nivel 1)                            | QL (240 de EA por 30 días)                          |
| <i>fosinopril sodium, comprimidos de 10 mg, por vía oral</i>        | \$0 (nivel 1)                            | QL (240 de EA por 30 días)                          |
| <i>fosinopril sodium, comprimidos de 20 mg, por vía oral</i>        | \$0 (nivel 1)                            | QL (120 de EA por 30 días)                          |
| <i>fosinopril sodium, comprimidos de 40 mg, por vía oral</i>        | \$0 (nivel 1)                            | QL (60 de EA por 30 días)                           |
| <i>lisinopril, comprimidos de 10 mg, por vía oral</i>               | \$0 (nivel 1)                            | QL (120 de EA por 30 días)                          |
| <i>lisinopril, comprimidos de 2.5 mg, 30 mg, 5 mg, por vía oral</i> | \$0 (nivel 1)                            |   |
| <i>lisinopril, comprimidos de 20 mg, 40 mg, por vía oral</i>        | \$0 (nivel 1)                            | QL (60 de EA por 30 días)                           |
| <i>moexipril hcl, comprimidos de 15 mg, por vía oral</i>            | \$0 (nivel 2)                            | QL (60 de EA por 30 días)                           |

\* = suministro solo para 30 días

Para conocer el significado de las abreviaturas, consulte a partir de la página 12.

Este formulario se actualizó por última vez el 9/2/2025.

| Nombre del medicamento   | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|--|--|---|
| <i>moexipril hcl, comprimidos de 7.5 mg, por vía oral</i>      | \$0 (nivel 2)                            | QL (120 de EA por 30 días)                          |
| <i>perindopril erbumine, comprimidos de 2 mg, por vía oral</i> | \$0 (nivel 1)                            | QL (240 de EA por 30 días)                          |
| <i>perindopril erbumine, comprimidos de 4 mg, por vía oral</i> | \$0 (nivel 1)                            | QL (120 de EA por 30 días)                          |
| <i>perindopril erbumine, comprimidos de 8 mg, por vía oral</i> | \$0 (nivel 1)                            | QL (60 de EA por 30 días)                           |
| <i>quinapril hcl, comprimidos de 10 mg, por vía oral</i>       | \$0 (nivel 1)                            | QL (240 de EA por 30 días)                          |
| <i>quinapril hcl, comprimidos de 20 mg, por vía oral</i>       | \$0 (nivel 1)                            | QL (120 de EA por 30 días)                          |
| <i>quinapril hcl, comprimidos de 40 mg, por vía oral</i>       | \$0 (nivel 1)                            | QL (60 de EA por 30 días)                           |
| <i>quinapril hcl, comprimidos de 5 mg, por vía oral</i>        | \$0 (nivel 1)                            | QL (480 de EA por 30 días)                          |
| <i>ramipril, cápsulas de 1.25 mg, por vía oral</i>             | \$0 (nivel 1)                            | QL (480 de EA por 30 días)                          |
| <i>ramipril, cápsulas de 10 mg, por vía oral</i>               | \$0 (nivel 1)                            |   |
| <i>ramipril, cápsulas de 2.5 mg, por vía oral</i>              | \$0 (nivel 1)                            | QL (240 de EA por 30 días)                          |
| <i>ramipril, cápsulas de 5 mg, por vía oral</i>                | \$0 (nivel 1)                            | QL (120 de EA por 30 días)                          |
| <i>trandolapril, comprimidos de 1 mg, por vía oral</i>         | \$0 (nivel 1)                            | QL (240 de EA por 30 días)                          |
| <i>trandolapril, comprimidos de 2 mg, por vía oral</i>         | \$0 (nivel 1)                            | QL (120 de EA por 30 días)                          |
| <i>trandolapril, comprimidos de 4 mg, por vía oral</i>         | \$0 (nivel 1)                            | QL (60 de EA por 30 días)                           |
| <b>Fármacos antiarrítmicos</b>                                 |  |   |
| <i>amiodarone hcl, comprimidos de 200 mg, por vía oral</i>     | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <i>disopyramide phosphate, por vía oral</i>                    | 25 % (nivel 4)                           |   |
| <i>dofetilide</i>  | 25 % (nivel 4)                           |   |
| <i>flecainide acetate</i>                                      | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <i>mexiletine hcl, por vía oral</i>                            | 25 % (nivel 3)                           |   |
| MULTAQ   | 25 % (nivel 3)                           |   |

\* = suministro solo para 30 días

Para conocer el significado de las abreviaturas, consulte a partir de la página 12.

Este formulario se actualizó por última vez el 9/2/2025.

| Nombre del medicamento  | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|---|--|---|
| <i>pacerone, comprimidos de 200 mg, por vía oral</i>                          | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <i>propafenone hcl</i>  | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <i>propafenone hcl, de liberación prolongada</i>                              | 25 % (nivel 4)                           |   |
| <i>quinidine gluconate, de liberación prolongada</i>                          | 25 % (nivel 4)                           |   |
| <i>quinidine sulfate, por vía oral</i>  | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <i>sotalol hcl (af)</i>   | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <i>sotalol hcl, por vía oral</i>  | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <b>Fármacos bloqueadores adrenérgicos beta</b>                                |  |   |
| <i>acebutolol hcl, por vía oral</i>   | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <i>atenolol, por vía oral</i>   | \$0 (nivel 1)                            |   |
| <i>betaxolol hcl, por vía oral</i>  | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <i>bisoprolol fumarate, comprimidos de 10 mg, 5 mg, por vía oral</i>          | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <i>carvedilol</i>   | \$0 (nivel 1)                            |   |
| <i>carvedilol phosphate, de liberación prolongada</i>                         | 25 % (nivel 4)                           |   |
| <i>labetalol hcl, comprimidos de 100 mg, 200 mg, 300 mg, por vía oral</i>     | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <i>metoprolol succinate, de liberación prolongada</i>                         | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <i>metoprolol tartrate, comprimidos de 100 mg, 25 mg, 50 mg, por vía oral</i> | \$0 (nivel 1)                            |   |
| <i>nadolol, comprimidos de 20 mg, 40 mg, 80 mg, por vía oral</i>              | 25 % (nivel 3)                           |   |
| <i>nebivolol hcl</i>  | 25 % (nivel 4)                           |   |
| <i>pindolol</i>   | 25 % (nivel 3)                           |   |
| <i>propranolol hcl, de liberación prolongada</i>                              | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <i>propranolol hcl, solución, por vía oral</i>                                | 25 % (nivel 4)                           |   |
| <i>propranolol hcl, comprimidos, por vía oral</i>                             | \$0 (nivel 1)                            |   |
| <i>timolol maleate, por vía oral</i>  | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <b>Fármacos bloqueadores de los canales de calcio, con dihidropiridinas</b>   |  |   |

\* = suministro solo para 30 días

Para conocer el significado de las abreviaturas, consulte a partir de la página 12.

Este formulario se actualizó por última vez el 9/2/2025.



| Nombre del medicamento  | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|---|--|---|
| <i>amlodipine besylate, por vía oral</i>  | \$0 (nivel 1)                            |   |
| <i>felodipine, de liberación prolongada</i>   | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <i>nifedipine, de liberación prolongada</i>   | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <i>nifedipine, de liberación prolongada, de liberación osmótica</i>   | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <i>nimodipine, cápsulas, por vía oral</i>   | 25 % (nivel 4)                           |   |
| <b>Fármacos bloqueadores de los canales de calcio, sin dihidropiridinas</b>                                     |  |   |
| <i>cartia xt</i>  | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <i>diltiazem hcl, cápsulas de 360 mg, 420 mg, perlas de liberación prolongada hasta 24 horas, por vía oral</i>  | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <i>diltiazem hcl, cápsulas, perlas recubiertas de liberación prolongada hasta 24 horas, por vía oral</i>        | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <i>diltiazem hcl, cápsulas de liberación prolongada hasta 12 horas, por vía oral</i>                            | 25 % (nivel 4)                           |   |
| <i>diltiazem hcl, por vía oral</i>  | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <i>dilt-xr</i>  | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <i>verapamil hcl, cápsulas de 100 mg, 200 mg, 300 mg, de liberación prolongada hasta 24 horas, por vía oral</i> | 25 % (nivel 4)                           |   |
| <i>verapamil hcl, cápsulas de 120 mg, 180 mg, 240 mg, de liberación prolongada hasta 24 horas, por vía oral</i> | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <i>verapamil hcl, comprimidos de liberación prolongada, por vía oral</i>  | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <i>verapamil hcl, por vía oral</i>  | \$0 (nivel 1)                            |   |
| <b>Fármacos cardiovasculares, otros</b>   |  |   |
| <i>acetazolamide, por vía oral</i>  | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <i>aliskiren fumarate</i>   | 25 % (nivel 4)                           |   |
| <i>amiloride-hydrochlorothiazide</i>  | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <i>amlodipine besy-benazepril hcl, cápsulas de 10-20 mg, 10-40 mg, 5-40 mg, por vía oral</i>                    | \$0 (nivel 1)                            | QL (30 de EA por 30 días)                           |
| <i>amlodipine besy-benazepril hcl, cápsulas de 2.5-10 mg, por vía oral</i>                                      | \$0 (nivel 1)                            | QL (120 de EA por 30 días)                          |

\* = suministro solo para 30 días

Para conocer el significado de las abreviaturas, consulte a partir de la página 12.

Este formulario se actualizó por última vez el 9/2/2025.



| Nombre del medicamento  | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|---|--|---|
| <i>amlodipine besy-benazepril hcl, cápsulas de 5-10 mg, 5-20 mg, por vía oral</i>                 | \$0 (nivel 1)                            | QL (60 de EA por 30 días)                           |
| <i>amlodipine besylate-valsartan, comprimidos de 10-160 mg, 10-320 mg, 5-320 mg, por vía oral</i> | \$0 (nivel 1)                            | QL (30 de EA por 30 días)                           |
| <i>amlodipine besylate-valsartan, comprimidos de 5-160 mg, por vía oral</i>                       | \$0 (nivel 1)                            | QL (60 de EA por 30 días)                           |
| <i>amlodipine-olmesartan, comprimidos de 10-20 mg, 10-40 mg, 5-40 mg, por vía oral</i>            | \$0 (nivel 1)                            | QL (30 de EA por 30 días)                           |
| <i>amlodipine-olmesartan, comprimidos de 5-20 mg, por vía oral</i>                                | \$0 (nivel 1)                            | QL (60 de EA por 30 días)                           |
| <i>atenolol-chlorthalidone</i>  | \$0 (nivel 1)                            |   |
| <i>benazepril-hydrochlorothiazide, comprimidos de 10-12.5 mg, por vía oral</i>                    | \$0 (nivel 1)                            | QL (60 de EA por 30 días)                           |
| <i>benazepril-hydrochlorothiazide, comprimidos de 20-12.5 mg, 20-25 mg, por vía oral</i>          | \$0 (nivel 1)                            | QL (30 de EA por 30 días)                           |
| <i>benazepril-hydrochlorothiazide, comprimidos de 5-6.25 mg, por vía oral</i>                     | \$0 (nivel 1)                            | QL (120 de EA por 30 días)                          |
| <i>bisoprolol-hydrochlorothiazide</i>   | \$0 (nivel 1)                            |   |
| <i>candesartan cilexetil-hctz, comprimidos de 16-12.5 mg, por vía oral</i>                        | \$0 (nivel 2)                            | QL (60 de EA por 30 días)                           |
| <i>candesartan cilexetil-hctz, comprimidos de 32-12.5 mg, 32-25 mg, por vía oral</i>              | \$0 (nivel 2)                            | QL (30 de EA por 30 días)                           |
| <i>digoxin, solución, por vía oral</i>  | 25 % (nivel 4)                           |   |
| <i>digoxin, comprimidos de 125 mcg, 250 mcg, por vía oral</i>                                     | 25 % (nivel 4)                           |   |
| <i>enalapril-hydrochlorothiazide, comprimidos de 10-25 mg, por vía oral</i>                       | \$0 (nivel 1)                            | QL (60 de EA por 30 días)                           |
| <i>enalapril-hydrochlorothiazide, comprimidos de 5-12.5 mg, por vía oral</i>                      | \$0 (nivel 1)                            | QL (120 de EA por 30 días)                          |
| ENTRESTO, CÁPSULAS CON GRÁNULOS DISPERSABLES, POR VÍA ORAL  | 25 % (nivel 3)                           | QL (240 de EA por 30 días)                          |
| ENTRESTO, COMPRIMIDOS, POR VÍA ORAL   | 25 % (nivel 3)                           | QL (60 de EA por 30 días); NE                       |
| <i>fosinopril sodium-hctz</i>   | \$0 (nivel 1)                            | QL (120 de EA por 30 días)                          |

\* = suministro solo para 30 días

Para conocer el significado de las abreviaturas, consulte a partir de la página 12.

Este formulario se actualizó por última vez el 9/2/2025.

| Nombre del medicamento   | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|--|--|---|
| <i>irbesartan-hydrochlorothiazide, comprimidos de 150-12.5 mg, por vía oral</i>  | \$0 (nivel 1)                            | QL (60 de EA por 30 días)                           |
| <i>irbesartan-hydrochlorothiazide, comprimidos de 300-12.5 mg, por vía oral</i>  | \$0 (nivel 1)                            | QL (30 de EA por 30 días)                           |
| <i>ivabradine hcl</i>  | 25 % (nivel 4)                           |   |
| <i>lisinopril-hydrochlorothiazide, comprimidos de 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, por vía oral</i>                             | \$0 (nivel 1)                            | QL (120 de EA por 30 días)                          |
| <i>lisinopril-hydrochlorothiazide, comprimidos de 20-25 mg, por vía oral</i>   | \$0 (nivel 1)                            | QL (60 de EA por 30 días)                           |
| <i>losartan potassium-hctz, comprimidos de 100-12.5 mg, 100-25 mg, por vía oral</i>                                    | \$0 (nivel 1)                            | QL (30 de EA por 30 días)                           |
| <i>losartan potassium-hctz, comprimidos de 50-12.5 mg, por vía oral</i>  | \$0 (nivel 1)                            | QL (60 de EA por 30 días)                           |
| <i>metoprolol-hydrochlorothiazide</i>  | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <i>metirosine</i>  | 25 % (nivel 5)*                          |   |
| <i>olmesartan medoxomil-hctz, comprimidos de 20-12.5 mg, por vía oral</i>  | \$0 (nivel 1)                            | QL (60 de EA por 30 días)                           |
| <i>olmesartan medoxomil-hctz, comprimidos de 40-12.5 mg, 40-25 mg, por vía oral</i>                                    | \$0 (nivel 1)                            | QL (30 de EA por 30 días)                           |
| <i>olmesartan-amlodipine-hctz, comprimidos de 20-5-12.5 mg, por vía oral</i>   | \$0 (nivel 2)                            | QL (60 de EA por 30 días)                           |
| <i>olmesartan-amlodipine-hctz, comprimidos de 40-10-12.5 mg, 40-10-25 mg, 40-5-12.5 mg, 40-5-25 mg, por vía oral</i>   | \$0 (nivel 2)                            | QL (30 de EA por 30 días)                           |
| <i>pentoxifylline, de liberación prolongada</i>  | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <i>quinapril-hydrochlorothiazide</i>   | \$0 (nivel 1)                            | QL (60 de EA por 30 días)                           |
| <i>ranolazine, de liberación prolongada</i>  | 25 % (nivel 3)                           |   |
| <i>spironolactone-hctz</i>   | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <i>trandolapril-verapamil hcl, comprimidos de 1-240 mg, 2-240 mg, 4-240 mg, de liberación prolongada, por vía oral</i> | \$0 (nivel 1)                            | QL (30 de EA por 30 días)                           |
| <i>trandolapril-verapamil hcl, comprimidos de 2-180 mg, de liberación prolongada, por vía oral</i>                     | \$0 (nivel 1)                            | QL (60 de EA por 30 días)                           |
| <i>triamterene-hctz, cápsulas de 37.5-25 mg, por vía oral</i>  | \$0 (nivel 2)                            |   |

\* = suministro solo para 30 días

Para conocer el significado de las abreviaturas, consulte a partir de la página 12.

Este formulario se actualizó por última vez el 9/2/2025.

| Nombre del medicamento   | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|--|--|---|
| <i>triamterene-hctz, comprimidos, por vía oral</i>   | \$0 (nivel 2)                            |   |
| TRYNGOLZA  | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (0.8 ML por 30 días)                         |
| <i>valsartan-hydrochlorothiazide, comprimidos de 160-12.5 mg, 80-12.5 mg, por vía oral</i>           | \$0 (nivel 1)                            | QL (60 de EA por 30 días)                           |
| <i>valsartan-hydrochlorothiazide, comprimidos de 160-25 mg, 320-12.5 mg, 320-25 mg, por vía oral</i> | \$0 (nivel 1)                            | QL (30 de EA por 30 días)                           |
| VERQUVO  | 25 % (nivel 4)                           | PA; QL (30 de EA por 30 días)                       |
| <b>Fármacos diuréticos, de asa</b>   |  |   |
| <i>bumetanide, por vía oral</i>  | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <i>furosemide, por vía inyectable</i>  | 25 % (nivel 4)                           | HI  |
| <i>furosemide, solución de 10 mg/ml, por vía oral</i>  | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <i>furosemide, solución de 8 mg/ml, por vía oral</i>   | \$0 (nivel 1)                            |   |
| <i>furosemide, comprimidos, por vía oral</i>   | \$0 (nivel 1)                            |   |
| <i>torseamide, por vía oral</i>  | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <b>Fármacos diuréticos ahorradores de potasio</b>  |  |   |
| <i>amiloride hcl, por vía oral</i>   | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <i>eplerenone</i>  | 25 % (nivel 3)                           |   |
| KERENDIA   | 25 % (nivel 4)                           | PA; QL (30 de EA por 30 días)                       |
| <i>spironolactone, comprimidos, por vía oral</i>   | \$0 (nivel 1)                            |   |
| <b>Fármacos diuréticos tiazídicos</b>  |  |   |
| <i>chlorthalidone, comprimidos de 25 mg, 50 mg, por vía oral</i>                                     | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <i>hydrochlorothiazide, por vía oral</i>   | \$0 (nivel 1)                            |   |
| <i>indapamide, por vía oral</i>  | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <i>metolazone</i>  | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <b>Fármacos derivados del ácido fibríco para el tratamiento de dislipidemias</b>                     |  |   |
| <i>fenofibrate micronized, cápsulas de 134 mg, 200 mg, 43 mg, 67 mg, por vía oral</i>                | \$0 (nivel 2)                            |   |

\* = suministro solo para 30 días

Para conocer el significado de las abreviaturas, consulte a partir de la página 12.

Este formulario se actualizó por última vez el 9/2/2025.

| Nombre del medicamento   | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|--|--|---|
| <i>fenofibrate, comprimidos de 145 mg, 160 mg, 48 mg, 54 mg, por vía oral</i>            | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <i>fenofibric acid, cápsulas de liberación retardada, por vía oral</i>                   | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <i>gemfibrozil, por vía oral</i>   | \$0 (nivel 1)                            |   |
| <b>Fármacos inhibidores de la Hmg Coa reductasa para el tratamiento de dislipidemias</b> |  |   |
| <i>atorvastatin calcium, comprimidos de 10 mg, por vía oral</i>                          | \$0 (nivel 1)                            | QL (240 de EA por 30 días)                          |
| <i>atorvastatin calcium, comprimidos de 20 mg, por vía oral</i>                          | \$0 (nivel 1)                            | QL (120 de EA por 30 días)                          |
| <i>atorvastatin calcium, comprimidos de 40 mg, por vía oral</i>                          | \$0 (nivel 1)                            | QL (60 de EA por 30 días)                           |
| <i>atorvastatin calcium, comprimidos de 80 mg, por vía oral</i>                          | \$0 (nivel 1)                            | QL (30 de EA por 30 días)                           |
| <i>fluvastatin sodium, de liberación prolongada</i>                                      | 25 % (nivel 4)                           | QL (30 de EA por 30 días)                           |
| <i>fluvastatin sodium, cápsulas de 20 mg, por vía oral</i>                               | 25 % (nivel 4)                           | QL (120 de EA por 30 días)                          |
| <i>fluvastatin sodium, cápsulas de 40 mg, por vía oral</i>                               | 25 % (nivel 4)                           | QL (60 de EA por 30 días)                           |
| <i>lovastatin, comprimidos de 10 mg, 20 mg, por vía oral</i>                             | \$0 (nivel 1)                            | QL (120 de EA por 30 días)                          |
| <i>lovastatin, comprimidos de 40 mg, por vía oral</i>                                    | \$0 (nivel 1)                            | QL (60 de EA por 30 días)                           |
| <i>pravastatin sodium, comprimidos de 10 mg, 20 mg, por vía oral</i>                     | \$0 (nivel 1)                            | QL (120 de EA por 30 días)                          |
| <i>pravastatin sodium, comprimidos de 40 mg, por vía oral</i>                            | \$0 (nivel 1)                            | QL (60 de EA por 30 días)                           |
| <i>pravastatin sodium, comprimidos de 80 mg, por vía oral</i>                            | \$0 (nivel 1)                            | QL (30 de EA por 30 días)                           |
| <i>rosuvastatin calcium, comprimidos de 10 mg, 5 mg, por vía oral</i>                    | \$0 (nivel 1)                            | QL (120 de EA por 30 días)                          |
| <i>rosuvastatin calcium, comprimidos de 20 mg, por vía oral</i>                          | \$0 (nivel 1)                            | QL (60 de EA por 30 días)                           |
| <i>rosuvastatin calcium, comprimidos de 40 mg, por vía oral</i>                          | \$0 (nivel 1)                            | QL (30 de EA por 30 días)                           |

\* = suministro solo para 30 días

Para conocer el significado de las abreviaturas, consulte a partir de la página 12.

Este formulario se actualizó por última vez el 9/2/2025.

| Nombre del medicamento   | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|--|--|---|
| <i>simvastatin, comprimidos de 10 mg, 20 mg, 5 mg, por vía oral</i>  | \$0 (nivel 1)                            | QL (120 de EA por 30 días)                          |
| <i>simvastatin, comprimidos de 40 mg, por vía oral</i>   | \$0 (nivel 1)                            | QL (60 de EA por 30 días)                           |
| <i>simvastatin, comprimidos de 80 mg, por vía oral</i>   | \$0 (nivel 1)                            | QL (30 de EA por 30 días)                           |
| <b>Fármacos para el tratamiento de dislipidemias, otros</b>  |  |   |
| <i>cholestyramine light, caja, por vía oral</i>  | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <i>cholestyramine, caja, por vía oral</i>  | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <i>colesevelam hcl, caja, por vía oral</i>   | 25 % (nivel 4)                           |   |
| <i>colesevelam hcl, comprimidos, por vía oral</i>  | 25 % (nivel 3)                           |   |
| <i>colestipol hcl, caja, por vía oral</i>  | 25 % (nivel 3)                           |   |
| <i>colestipol hcl, comprimidos, por vía oral</i>   | 25 % (nivel 3)                           |   |
| <i>ezetimibe</i>   | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <i>ezetimibe-simvastatin</i>   | \$0 (nivel 2)                            | QL (30 de EA por 30 días)                           |
| <i>icosapent ethyl</i>   | 25 % (nivel 4)                           |   |
| NEXLETOL   | 25 % (nivel 4)                           | PA; QL (30 de EA por 30 días)                       |
| NEXLIZET   | 25 % (nivel 4)                           | PA; QL (30 de EA por 30 días)                       |
| <i>niacin (antihiperlipidémico), comprimidos de 1000 mg de liberación prolongada, por vía oral</i>         | 25 % (nivel 3)                           | QL (60 de EA por 30 días)                           |
| <i>niacin (antihiperlipidémico), comprimidos de 500 mg, 750 mg, de liberación prolongada, por vía oral</i> | 25 % (nivel 3)                           | QL (30 de EA por 30 días)                           |
| <i>niacin, cápsulas de 500 mg, de liberación prolongada, por vía oral</i>                                  | \$0 (MC)                                 |   |
| <i>omega-3-acid ethyl esters</i>   | \$0 (nivel 2)                            |   |
| PREVALITE, CAJA, POR VÍA ORAL  | 25 % (nivel 3)                           |   |
| REPATHA  | 25 % (nivel 3)                           | PA; QL (2 ML por 28 días)                           |
| REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM  | 25 % (nivel 3)                           | PA; QL (3.5 ML por 30 días)                         |
| REPATHA SURECLICK  | 25 % (nivel 3)                           | PA; QL (2 ML por 28 días)                           |
| <b>Fármacos vasodilatadores, de acción arterial directa</b>  |  |   |

\* = suministro solo para 30 días

Para conocer el significado de las abreviaturas, consulte a partir de la página 12.

Este formulario se actualizó por última vez el 9/2/2025.

| Nombre del medicamento  | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|---|--|---|
| <i>hydralazine hcl, por vía oral</i>  | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <i>minoxidil, por vía oral</i>  | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <b>Fármacos vasodilatadores, de acción directa sobre arterias y venas</b>   |  |   |
| <i>isosorbide dinitrate, comprimidos de 10 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg, por vía oral</i>                                     | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <i>isosorbide mononitrate</i>   | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <i>isosorbide mononitrate, de liberación prolongada</i>   | \$0 (nivel 2)                            |   |
| NITRO-BID   | 25 % (nivel 3)                           |   |
| <i>nitroglycerin, por vía rectal</i>  | 25 % (nivel 4)                           | QL (30 GM por 30 días)                              |
| <i>nitroglycerin, por vía sublingual</i>  | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <i>nitroglycerin, parche transdérmico de 24 horas</i>   | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <i>nitroglycerin, solución, por vía translingual</i>  | 25 % (nivel 4)                           |   |
| <b>Fármacos que actúan sobre el sistema nervioso central</b>  |  |   |
| <b>Fármacos para el trastorno por déficit de atención e hiperactividad, con anfetaminas</b>                             |  |   |
| <i>amphetamine-dextroamphet, cápsulas de 10 mg, 15 mg, 5 mg, de liberación prolongada hasta 24 horas, por vía oral</i>  | 25 % (nivel 4)                           | QL (30 de EA por 30 días)                           |
| <i>amphetamine-dextroamphet, cápsulas de 20 mg, 25 mg, 30 mg, de liberación prolongada hasta 24 horas, por vía oral</i> | 25 % (nivel 4)                           | QL (60 de EA por 30 días)                           |
| <i>amphetamine-dextroamphetamine, comprimidos de 10 mg, 12.5 mg, 15 mg, 5 mg, 7.5 mg, por vía oral</i>                  | 25 % (nivel 3)                           | QL (120 de EA por 30 días)                          |
| <i>amphetamine-dextroamphetamine, comprimidos de 20 mg, por vía oral</i>  | 25 % (nivel 3)                           | QL (90 de EA por 30 días)                           |
| <i>amphetamine-dextroamphetamine, comprimidos de 30 mg, por vía oral</i>  | 25 % (nivel 3)                           | QL (60 de EA por 30 días)                           |
| <i>dextroamphetamine sulfate, cápsulas de 10 mg, 5 mg, de liberación prolongada hasta 24 horas, por vía oral</i>        | 25 % (nivel 4)                           | QL (60 de EA por 30 días)                           |
| <i>dextroamphetamine sulfate, cápsulas de 15 mg, de liberación prolongada hasta 24 horas, por vía oral</i>              | 25 % (nivel 4)                           | QL (120 de EA por 30 días)                          |

\* = suministro solo para 30 días

Para conocer el significado de las abreviaturas, consulte a partir de la página 12.

Este formulario se actualizó por última vez el 9/2/2025.



| Nombre del medicamento   | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|--|--|---|
| <i>dextroamphetamine sulfate, comprimidos de 10 mg, por vía oral</i>   | 25 % (nivel 4)                           | QL (180 de EA por 30 días)                          |
| <i>dextroamphetamine sulfate, comprimidos de 5 mg, por vía oral</i>  | 25 % (nivel 4)                           | QL (60 de EA por 30 días)                           |
| <b>Fármacos para el trastorno por déficit de atención e hiperactividad, sin anfetaminas</b>                                    |  |   |
| <i>atomoxetine hcl, cápsulas de 10 mg, 18 mg, 25 mg, 40 mg, por vía oral</i>   | 25 % (nivel 3)                           | QL (60 de EA por 30 días)                           |
| <i>atomoxetine hcl, cápsulas de 100 mg, 60 mg, 80 mg, por vía oral</i>   | 25 % (nivel 3)                           | QL (30 de EA por 30 días)                           |
| <i>clonidine hcl, comprimidos de liberación prolongada hasta 12 horas, por vía oral</i>  | 25 % (nivel 3)                           |   |
| <i>dexmethylphenidate hcl</i>  | 25 % (nivel 4)                           | QL (60 de EA por 30 días)                           |
| <i>dexmethylphenidate hcl, de liberación prolongada</i>  | 25 % (nivel 4)                           | QL (30 de EA por 30 días)                           |
| <i>guanfacine hcl, de liberación prolongada</i>  | 25 % (nivel 4)                           | QL (30 de EA por 30 días)                           |
| <i>methylphenidate hcl (cd), de liberación prolongada</i>  | 25 % (nivel 4)                           | QL (30 de EA por 30 días)                           |
| <i>methylphenidate hcl (la), cápsulas de 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, de liberación prolongada hasta 24 horas, por vía oral</i> | 25 % (nivel 4)                           | QL (30 de EA por 30 días)                           |
| <i>methylphenidate hcl (osm), comprimidos de 18 mg, 54 mg, de liberación prolongada, por vía oral</i>                          | 25 % (nivel 4)                           | QL (30 de EA por 30 días)                           |
| <i>methylphenidate hcl (osm), comprimidos de 27 mg, 36 mg, de liberación prolongada, por vía oral</i>                          | 25 % (nivel 4)                           | QL (60 de EA por 30 días)                           |
| <i>methylphenidate hcl, comprimidos de liberación prolongada, por vía oral</i>   | 25 % (nivel 4)                           | QL (90 de EA por 30 días)                           |
| <i>methylphenidate hcl, comprimidos de 18 mg, 54 mg, de liberación prolongada hasta 24 horas, por vía oral</i>                 | 25 % (nivel 4)                           | QL (30 de EA por 30 días)                           |
| <i>methylphenidate hcl, comprimidos de 27 mg, 36 mg, de liberación prolongada hasta 24 horas, por vía oral</i>                 | 25 % (nivel 4)                           | QL (60 de EA por 30 días)                           |
| <i>methylphenidate hcl, solución de 10 mg/5 ml, por vía oral</i>   | 25 % (nivel 4)                           | QL (1500 ML por 30 días)                            |

\* = suministro solo para 30 días

Para conocer el significado de las abreviaturas, consulte a partir de la página 12.

Este formulario se actualizó por última vez el 9/2/2025.



| Nombre del medicamento   | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|--|--|---|
| <i>methylphenidate hcl, solución de 5 mg/5 ml, por vía oral</i>  | 25 % (nivel 4)                           | QL (3000 ML por 30 días)                            |
| <i>methylphenidate hcl, comprimidos, por vía oral</i>  | 25 % (nivel 4)                           | QL (90 de EA por 30 días)                           |
| <b>Fármacos que actúan sobre el sistema nervioso central, otros</b>  |  |   |
| AUSTEDO, COMPRIMIDOS DE 12 MG, 9 MG, POR VÍA ORAL  | 25 % (nivel 4)                           | PA; QL (120 de EA por 30 días)                      |
| AUSTEDO, COMPRIMIDOS DE 6 MG, POR VÍA ORAL   | 25 % (nivel 4)                           | PA; QL (60 de EA por 30 días)                       |
| AUSTEDO XR   | 25 % (nivel 4)                           | PA; QL (30 de EA por 30 días)                       |
| AUSTEDO XR, PARA AJUSTE DE DOSIS DEL PACIENTE, CAJA DE COMPRIMIDOS DE 12, 18, 24 Y 30 MG, DE LIBERACIÓN PROLONGADA, POR VÍA ORAL | 25 % (nivel 4)                           | PA; QL (28 de EA por 28 días)                       |
| EVRYSDI, COMPRIMIDOS, POR VÍA ORAL   | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (30 de EA por 30 días)                       |
| NUDEXTA  | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (60 de EA por 30 días)                       |
| RADICAVA ORS   | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (70 ML por 28 días)                          |
| RADICAVA ORS, KIT DE TRATAMIENTO INICIAL   | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (70 ML por 28 días)                          |
| <i>riluzole</i>  | 25 % (nivel 3)                           |   |
| <i>tetrabenazine, comprimidos de 12.5 mg, por vía oral</i>   | 25 % (nivel 4)                           | PA; QL (90 de EA por 30 días)                       |
| <i>tetrabenazine, comprimidos de 25 mg, por vía oral</i>   | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (120 de EA por 30 días)                      |
| <b>Fármacos para tratar la fibromialgia</b>  |  |   |
| <i>duloxetine hcl, cápsulas de 20 mg, con partículas de liberación retardada, por vía oral</i>                                   | \$0 (nivel 2)                            | QL (180 de EA por 30 días)                          |
| <i>duloxetine hcl, cápsulas de 30 mg, con partículas de liberación retardada, por vía oral</i>                                   | \$0 (nivel 2)                            | QL (120 de EA por 30 días)                          |
| <i>duloxetine hcl, cápsulas de 60 mg, con partículas de liberación retardada, por vía oral</i>                                   | \$0 (nivel 2)                            | QL (60 de EA por 30 días)                           |

\* = suministro solo para 30 días

Para conocer el significado de las abreviaturas, consulte a partir de la página 12.

Este formulario se actualizó por última vez el 9/2/2025.

| Nombre del medicamento   | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|--|--|---|
| <i>pregabalin, cápsulas de 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg, por vía oral</i>               | 25 % (nivel 3)                           | QL (90 de EA por 30 días)                           |
| <i>pregabalin, cápsulas de 225 mg, 300 mg, por vía oral</i>  | 25 % (nivel 3)                           | QL (60 de EA por 30 días)                           |
| <i>pregabalin, solución, por vía oral</i>  | 25 % (nivel 3)                           | QL (900 ML por 30 días)                             |
| <b>Fármacos para tratar la esclerosis múltiple</b>   |  |   |
| AVONEX PEN, KIT DE PLUMA AUTOINYECTORA, POR VÍA INTRAMUSCULAR  | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (4 de EA por 28 días)                        |
| AVONEX, KIT DE JERINGA PRECARGADA, POR VÍA INTRAMUSCULAR   | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (4 de EA por 28 días)                        |
| BETASERON, KIT, POR VÍA SUBCUTÁNEA   | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (15 de EA por 30 días)                       |
| <i>dalfampridine, de liberación prolongada</i>   | 25 % (nivel 4)                           | PA; QL (60 de EA por 30 días)                       |
| <i>dimethyl fumarate, por vía oral</i>   | 25 % (nivel 3)                           | PA; QL (60 de EA por 30 días)                       |
| <i>dimethyl fumarate, tratamiento inicial, en caja, cápsulas de liberación retardada, por vía oral</i> | 25 % (nivel 3)                           | PA; QL (60 de EA por 30 días)                       |
| <i>fingolimod hcl</i>  | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (30 de EA por 30 días)                       |
| <i>glatiramer acetate, solución de 20 mg/ml en jeringa precargada, por vía subcutánea</i>              | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (30 ML por 30 días)                          |
| <i>glatiramer acetate, solución de 40 mg/ml en jeringa precargada, por vía subcutánea</i>              | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (12 ML por 28 días)                          |
| GLATOPA, SOLUCIÓN DE 20 MG/ML EN JERINGA PRECARGADA, POR VÍA SUBCUTÁNEA                                | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (30 ML por 30 días)                          |
| GLATOPA, SOLUCIÓN DE 40 MG/ML EN JERINGA PRECARGADA, POR VÍA SUBCUTÁNEA                                | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (12 ML por 28 días)                          |
| PLEGRIDY   | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (1 ML por 28 días)                           |
| PLEGRIDY, TRATAMIENTO INICIAL, CAJA  | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (1 ML por 28 días)                           |
| <i>teriflunomide</i>   | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (30 de EA por 30 días)                       |

\* = suministro solo para 30 días

Para conocer el significado de las abreviaturas, consulte a partir de la página 12.

Este formulario se actualizó por última vez el 9/2/2025.

| Nombre del medicamento   | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|--|--|---|
| <b>Fármacos para tratar problemas dentales y bucales</b>             |  |   |
| <b>Fármacos para tratar problemas dentales y bucales</b>             |  |   |
| <i>cevimeline hcl</i>  | 25 % (nivel 3)                           |   |
| <i>chlorhexidine gluconate, tratamiento para la boca y garganta</i>  | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <i>denta 5000 plus</i>   | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <i>kourzeq</i>   | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <i>pilocarpine hcl, por vía oral</i>                                 | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <i>sf</i>  | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <i>sf 5000 plus</i>  | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <i>sodium fluoride 5000 plus</i>                                     | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <i>sodium fluoride 5000 ppm</i>                                      | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <i>sodium fluoride, crema dental</i>                                 | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <i>sodium fluoride, gel dental al 1.1 %</i>                          | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <i>triamcinolone acetone, tratamiento para la boca y la garganta</i> | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <b>Fármacos antiinfecciosos de uso tópico</b>                        |  |   |
| <i>first aid antiseptic, ungüento de uso tópico</i>                  | \$0 (MC)                                 |   |
| <b>Fármacos dermatológicos</b>                                       |  |   |
| <b>Fármacos para el tratamiento del acné y la rosácea</b>            |  |   |
| <i>acitretin</i>   | 25 % (nivel 4)                           |   |
| <i>adapalene, gel al 0.1 %, de uso tópico</i>                        | \$0 (MC)                                 |   |
| <i>amnestem, cápsulas de 10 mg, 20 mg, 40 mg, por vía oral</i>       | 25 % (nivel 3)                           |   |
| AMNESTEM, CÁPSULAS DE 30 MG, POR VÍA ORAL                            | 25 % (nivel 3)                           |   |
| <i>azelaic acid, de uso tópico</i>                                   | 25 % (nivel 4)                           | QL (50 GM por 30 días)                              |
| <i>benzoyl peroxide, gel al 10 %, 2.5 %, 5 %, de uso tópico</i>      | \$0 (MC)                                 |   |
| CLARAVIS   | 25 % (nivel 3)                           |   |
| <i>clindamycin phos-benzoyl perox, gel al 1-5 %, de uso tópico</i>   | 25 % (nivel 3)                           |   |

\* = suministro solo para 30 días

Para conocer el significado de las abreviaturas, consulte a partir de la página 12.

Este formulario se actualizó por última vez el 9/2/2025.

| Nombre del medicamento  | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|---|--|---|
| <i>isotretinoin, cápsulas de 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, por vía oral</i> | 25 % (nivel 3)                           |   |
| <i>tazarotene, crema al 0.1 %, de uso tópico</i>                          | 25 % (nivel 4)                           | PA  |
| <i>tretinoin, crema de uso tópico</i>                                     | 25 % (nivel 3)                           | QL (45 GM por 30 días)                              |
| <i>tretinoin, gel al 0.01 %, 0.025 %, de uso tópico</i>                   | 25 % (nivel 3)                           | QL (45 GM por 30 días)                              |
| <i>tretinoin, gel al 0.05 %, de uso tópico</i>                            | 25 % (nivel 4)                           | QL (45 GM por 30 días)                              |
| <b>Fármacos para el tratamiento de dermatitis y prurito</b>               |  |   |
| <i>alclometasone dipropionate</i>   | 25 % (nivel 3)                           |   |
| <i>ammonium lactate, de uso tópico</i>                                    | 25 % (nivel 3)                           |   |
| <i>betamethasone dipropionate aug, gel de uso tópico</i>                  | 25 % (nivel 3)                           | QL (50 GM por 30 días)                              |
| <i>betamethasone dipropionate aug, loción de uso tópico</i>               | 25 % (nivel 4)                           | QL (60 ML por 30 días)                              |
| <i>betamethasone dipropionate aug, ungüento de uso tópico</i>             | 25 % (nivel 4)                           | QL (50 GM por 30 días)                              |
| <i>betamethasone dipropionate, crema de uso tópico</i>                    | 25 % (nivel 3)                           |   |
| <i>betamethasone dipropionate, loción de uso tópico</i>                   | 25 % (nivel 3)                           |   |
| <i>betamethasone valerate, crema de uso tópico</i>                        | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <i>betamethasone valerate, loción de uso tópico</i>                       | 25 % (nivel 3)                           | QL (60 ML por 30 días)                              |
| <i>betamethasone valerate, ungüento de uso tópico</i>                     | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <i>calcipotriene-betameth diprop, ungüento de uso tópico</i>              | 25 % (nivel 4)                           |   |
| <i>calcipotriene-betameth diprop, suspensión de uso tópico</i>            | 25 % (nivel 4)                           | PA; QL (400 GM por 30 días)                         |
| <i>clobetasol propionate e</i>  | 25 % (nivel 4)                           | QL (60 GM por 30 días)                              |
| <i>clobetasol propionate, crema al 0.05 %, de uso tópico</i>              | 25 % (nivel 3)                           | QL (60 GM por 30 días)                              |
| <i>clobetasol propionate, gel de uso tópico</i>                           | 25 % (nivel 4)                           |   |
| <i>clobetasol propionate, loción de uso tópico</i>                        | 25 % (nivel 4)                           | QL (118 ML por 30 días)                             |

\* = suministro solo para 30 días

Para conocer el significado de las abreviaturas, consulte a partir de la página 12.

Este formulario se actualizó por última vez el 9/2/2025.

| Nombre del medicamento  | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|---|--|---|
| <i>clobetasol propionate, ungüento de uso tópico</i>            | 25 % (nivel 3)                           | QL (60 GM por 30 días)                              |
| <i>clobetasol propionate, champú de uso tópico</i>              | 25 % (nivel 4)                           | QL (118 ML por 30 días)                             |
| <i>clobetasol propionate, solución de uso tópico</i>            | 25 % (nivel 3)                           |   |
| <i>desonide, crema de uso tópico</i>                            | 25 % (nivel 4)                           | QL (120 GM por 30 días)                             |
| <i>desonide, ungüento de uso tópico</i>                         | 25 % (nivel 4)                           | QL (120 GM por 30 días)                             |
| <i>desoximetasone, crema al 0.25 %, de uso tópico</i>           | 25 % (nivel 4)                           | QL (60 GM por 30 días)                              |
| <i>desoximetasone, ungüento al 0.25 %, de uso tópico</i>        | 25 % (nivel 4)                           | QL (60 GM por 30 días)                              |
| <i>doxepin hcl, de uso tópico</i>                               | 25 % (nivel 4)                           | QL (90 GM por 365 días)                             |
| EBGLYSS   | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (8 ML por 28 días)                           |
| EUCRISA   | 25 % (nivel 4)                           | PA; QL (60 GM por 30 días)                          |
| <i>fluocinolone acetonide, crema de uso tópico</i>              | 25 % (nivel 4)                           |   |
| <i>fluocinolone acetonide, ungüento de uso tópico</i>           | 25 % (nivel 4)                           |   |
| <i>fluocinolone acetonide, solución de uso tópico</i>           | 25 % (nivel 3)                           |   |
| <i>fluocinolone acetonide, para el cuero cabelludo</i>          | 25 % (nivel 4)                           |   |
| <i>fluocinonide, base emulsificada</i>                          | 25 % (nivel 4)                           |   |
| <i>fluocinonide, crema al 0.05 %, de uso tópico</i>             | 25 % (nivel 4)                           |   |
| <i>fluocinonide, gel de uso tópico</i>                          | 25 % (nivel 4)                           |   |
| <i>fluocinonide, ungüento de uso tópico</i>                     | 25 % (nivel 4)                           |   |
| <i>fluocinonide, solución de uso tópico</i>                     | 25 % (nivel 3)                           | QL (60 ML por 30 días)                              |
| <i>fluticasone propionate, crema de uso tópico</i>              | 25 % (nivel 3)                           |   |
| <i>fluticasone propionate, ungüento de uso tópico</i>           | 25 % (nivel 3)                           |   |
| <i>halobetasol propionate, crema de uso tópico</i>              | 25 % (nivel 4)                           | QL (50 GM por 30 días)                              |
| <i>halobetasol propionate, ungüento de uso tópico</i>           | 25 % (nivel 4)                           | QL (50 GM por 30 días)                              |
| <i>hydrocortisone (perianal), crema al 2.5 %, de uso tópico</i> | \$0 (nivel 2)                            |   |

\* = suministro solo para 30 días

Para conocer el significado de las abreviaturas, consulte a partir de la página 12.

Este formulario se actualizó por última vez el 9/2/2025.

| Nombre del medicamento   | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|--|--|---|
| hydrocortisone acetate, crema al 1 %, de uso tópico                              | \$0 (MC)                                 |   |
| <i>hydrocortisone butyrate, crema de uso tópico</i>                              | 25 % (nivel 4)                           |   |
| hydrocortisone, crema al 0.5 %, de uso tópico                                    | \$0 (MC)                                 |   |
| <i>hydrocortisone, crema al 1 %, de uso tópico</i>                               | 25 % (nivel 3)                           |   |
| <i>hydrocortisone, crema al 2.5 %, de uso tópico</i>                             | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <i>hydrocortisone, loción al 2.5 %, de uso tópico</i>                            | \$0 (nivel 2)                            | QL (236 ML por 30 días)                             |
| <i>hydrocortisone, ungüento al 2.5 %, de uso tópico</i>                          | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <i>hydrocortisone valerate, crema de uso tópico</i>                              | 25 % (nivel 4)                           | QL (120 GM por 30 días)                             |
| <i>hydrocortisone valerate, ungüento de uso tópico</i>                           | 25 % (nivel 4)                           |   |
| hydrocortisone/aloe max str  | \$0 (MC)                                 |   |
| <i>mometasone furoate, de uso tópico</i>   | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <i>pimecrolimus</i>  | 25 % (nivel 3)                           | QL (30 GM por 30 días)                              |
| <i>procto-med hc, de uso tópico</i>  | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <i>proctosol hc, de uso tópico</i>   | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <i>proctozone-hc, de uso tópico</i>  | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <i>selenium sulfide, loción de uso tópico</i>                                    | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <i>tacrolimus, ungüento de uso tópico</i>  | 25 % (nivel 4)                           | QL (100 GM por 30 días)                             |
| <i>triamcinolone acetonide, crema de uso tópico</i>                              | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <i>triamcinolone acetonide, loción de uso tópico</i>                             | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <i>triamcinolone acetonide, ungüento al 0.025 %, 0.1 %, 0.5 %, de uso tópico</i> | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <b>Fármacos dermatológicos, otros</b>  |  |   |
| <i>calcipotriene, crema de uso tópico</i>  | 25 % (nivel 3)                           | QL (120 GM por 30 días)                             |
| <i>calcipotriene, ungüento de uso tópico</i>                                     | \$0 (nivel 2)                            | QL (120 GM por 30 días)                             |
| <i>calcipotriene, solución de uso tópico</i>                                     | 25 % (nivel 3)                           | QL (120 ML por 30 días)                             |
| <i>calcitriol, de uso tópico</i>   | 25 % (nivel 4)                           | ST  |

\* = suministro solo para 30 días

Para conocer el significado de las abreviaturas, consulte a partir de la página 12.

Este formulario se actualizó por última vez el 9/2/2025.



| Nombre del medicamento  | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|---|--|---|
| <i>clotrimazole-betamethasone, crema, de uso tópico</i>             | \$0 (nivel 2)                            | QL (120 GM por 30 días)                             |
| <i>clotrimazole-betamethasone, loción, de uso tópico</i>            | 25 % (nivel 4)                           | QL (120 ML por 30 días)                             |
| <i>fluorouracil, crema al 5 %, de uso tópico</i>                    | \$0 (nivel 2)                            | QL (40 GM por 30 días)                              |
| <i>fluorouracil, solución de uso tópico</i>                         | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <i>global alcohol prep ease (toallitas con alcohol)</i>             | \$0 (nivel 2)                            | PA  |
| <i>imiquimod, crema al 5 %, de uso tópico</i>                       | 25 % (nivel 4)                           |   |
| <i>methoxsalen, acción rápida</i>                                   | 25 % (nivel 5)*                          |   |
| <i>nystatin-triamcinolone</i>                                       | \$0 (nivel 2)                            |   |
| OTEZLA, COMPRIMIDOS DE 30 MG, POR VÍA ORAL                          | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (60 de EA por 30 días)                       |
| PANRETIN  | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (60 GM por 30 días)                          |
| <i>podofilox, solución de uso tópico</i>                            | 25 % (nivel 3)                           |   |
| renova  | \$0 (MC)                                 |   |
| SANTYL  | 25 % (nivel 4)                           | QL (60 GM por 30 días)                              |
| <i>silver sulfadiazine, de uso tópico</i>                           | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <i>ssd</i>  | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <b>Fármacos escabicidas y pediculicidas</b>                         |  |   |
| gnp lice treatment (tratamiento para piojos), líquido de uso tópico | \$0 (MC)                                 |   |
| <i>ivermectin, crema de uso tópico</i>                              | 25 % (nivel 4)                           | QL (45 GM por 30 días)                              |
| lice killing shampoo max str  | \$0 (MC)                                 |   |
| <i>permethrin, crema de uso tópico</i>                              | 25 % (nivel 3)                           | QL (120 GM por 30 días)                             |
| <b>Fármacos antiinfecciosos de uso tópico</b>                       |  |   |
| <i>acyclovir, ungüento de uso tópico</i>                            | 25 % (nivel 4)                           | QL (30 GM por 30 días)                              |
| betadine, solución al 10 %, de uso tópico                           | \$0 (MC)                                 |   |
| <i>ciclopirox, gel de uso tópico</i>                                | 25 % (nivel 3)                           | QL (100 GM por 30 días)                             |
| <i>ciclopirox, champú de uso tópico</i>                             | 25 % (nivel 3)                           | QL (120 ML por 30 días)                             |
| <i>ciclopirox, solución de uso tópico</i>                           | \$0 (nivel 2)                            | QL (6.6 ML por 30 días)                             |
| <i>clindamycin phos, dos veces al día</i>                           | 25 % (nivel 3)                           | QL (60 GM por 30 días)                              |

\* = suministro solo para 30 días

Para conocer el significado de las abreviaturas, consulte a partir de la página 12.

Este formulario se actualizó por última vez el 9/2/2025.



| Nombre del medicamento   | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|--|--|---|
| <i>clindamycin phosphate, gel de uso tópico</i>  | 25 % (nivel 3)                           | QL (60 GM por 30 días)                              |
| <i>clindamycin phosphate, loción de uso tópico</i>   | 25 % (nivel 3)                           | QL (60 ML por 30 días)                              |
| <i>clindamycin phosphate, solución de uso tópico</i>   | 25 % (nivel 3)                           | QL (60 ML por 30 días)                              |
| <i>erythromycin, gel de uso tópico</i>   | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <i>erythromycin, solución de uso tópico</i>  | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <i>mupirocin calcium</i>   | 25 % (nivel 4)                           | QL (60 GM por 30 días)                              |
| <i>mupirocin, de uso tópico</i>  | \$0 (nivel 2)                            | QL (44 GM por 30 días)                              |
| povidone-iodine, solución al 10 %, de uso tópico   | \$0 (MC)                                 |   |
| triple antibiotic, ungüento de uso tópico  | \$0 (MC)                                 |   |
| <b>Fármacos que contienen electrolitos, minerales, metales o vitaminas</b>   |  |   |
| <b>Fármacos que contienen suplementos de electrolitos y minerales</b>  |  |   |
| <i>carglumic acid, comprimidos solubles, por vía oral</i>  | 25 % (nivel 5)*                          | PA; LA  |
| chromic chloride, por vía intravenosa  | \$0 (MC)                                 |   |
| cupric chloride  | \$0 (MC)                                 |   |
| ferosul, comprimidos, por vía oral   | \$0 (MC)                                 |   |
| ferrous sulfate, solución de 220 (44 Fe) mg/5 ml, 300 (60 Fe) mg/5 ml, por vía oral  | \$0 (MC)                                 |   |
| ferrous sulfate, comprimidos de 325 mg (65 Fe), por vía oral   | \$0 (MC)                                 |   |
| ferrous sulfate, comprimidos de 324 mg (65 Fe) de liberación retardada, por vía oral   | \$0 (MC)                                 |   |
| iron (ferrous sulfate), solución, por vía oral   | \$0 (MC)                                 |   |
| <i>kcl (0.149 %) en nacl</i>   | 25 % (nivel 4)                           |   |
| <i>kcl (0.298 %) en nacl</i>   | 25 % (nivel 4)                           |   |
| <i>kcl in dextrose-nacl, solución de 10-5-0.45 meq/l-%-%, 20-5-0.45 meq/l-%-%, 30-5-0.45 meq/l-%-%, 40-5-0.45 meq/l-%-%, por vía intravenosa</i> | 25 % (nivel 4)                           |   |
| <i>kcl-lactated ringers, en dextrosa al 5 %</i>  | 25 % (nivel 4)                           |   |
| <i>klor-con 10</i>   | \$0 (nivel 2)                            |   |

\* = suministro solo para 30 días

Para conocer el significado de las abreviaturas, consulte a partir de la página 12.

Este formulario se actualizó por última vez el 9/2/2025.

| Nombre del medicamento  | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|---|--|---|
| <i>klor-con m10</i>   | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <i>klor-con m15</i>   | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <i>klor-con m20</i>   | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <i>klor-con, comprimidos de liberación prolongada, por vía oral</i>   | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <i>klor-con/ef</i>  | \$0 (nivel 2)                            |   |
| magnesium oxide, comprimidos de 400 mg, 420 mg, por vía oral  | \$0 (MC)                                 |   |
| <i>magnesium sulfate, solución al 50 %, 50 % (jeringa de 10 ml), por vía inyectable</i>   | 25 % (nivel 4)                           | HI  |
| manganese chloride, por vía intravenosa   | \$0 (MC)                                 |   |
| oyster shell calcium, comprimidos de 1250 mg (500 ca), por vía oral   | \$0 (MC)                                 |   |
| oyster shell calcium w/d, comprimidos de 500-5 mg-mcg, por vía oral   | \$0 (MC)                                 |   |
| <i>potassium chloride crys, comprimidos de 10 meq, 20 meq, de liberación prolongada, por vía oral</i>                               | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <i>potassium chloride, cápsulas de liberación prolongada, por vía oral</i>  | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <i>potassium chloride, comprimidos de 10 meq, 20 meq, 8 meq, de liberación prolongada, por vía oral</i>                             | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <i>potassium chloride en nacl, solución de 20-0.45 meq/l-%, 20-0.9 meq/l-%, 40-0.9 meq/l-%, por vía intravenosa</i>                 | 25 % (nivel 4)                           |   |
| <i>potassium chloride, solución de 10 meq/100 ml, 2 meq/ml, 2 meq/ml (20 ml), 20 meq/100 ml, 40 meq/100 ml, por vía intravenosa</i> | 25 % (nivel 4)                           | HI  |
| <i>potassium chloride, caja, por vía oral</i>   | 25 % (nivel 4)                           |   |
| <i>potassium chloride, solución de 20 meq/15 ml (10 %), 40 meq/15 ml (20 %), por vía oral</i>                                       | 25 % (nivel 4)                           |   |
| <i>potassium citrate, de liberación prolongada</i>  | \$0 (nivel 2)                            |   |

\* = suministro solo para 30 días

Para conocer el significado de las abreviaturas, consulte a partir de la página 12.

Este formulario se actualizó por última vez el 9/2/2025.

| Nombre del medicamento  | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|---|--|---|
| <i>potassium cl, en dextrosa al 5 %, solución de 20 meq/l, por vía intravenosa</i>            | 25 % (nivel 4)                           |   |
| <i>slowmag mg muscle/heart</i>  | \$0 (MC)                                 |   |
| <i>sodium chloride, solución al 0.45 %, 0.9 %, por vía intravenosa</i>                        | 25 % (nivel 3)                           | HI  |
| <i>sodium chloride, solución para irrigación al 0.9 %</i>                                     | 25 % (nivel 4)                           |   |
| <i>thiamine hcl, solución de 100 mg/ml, por vía inyectable</i>                                | \$0 (MC)                                 |   |
| <b>Fármacos moduladores de electrolitos, minerales y metales</b>                              |  |   |
| <i>deferassirox, comprimidos de 180 mg, 360 mg, por vía oral</i>                              | 25 % (nivel 4)                           |   |
| <i>deferassirox, comprimidos de 90 mg, por vía oral</i>                                       | 25 % (nivel 3)                           |   |
| <i>deferassirox, comprimidos solubles de 125 mg, por vía oral</i>                             | 25 % (nivel 4)                           |   |
| <i>deferassirox, comprimidos solubles de 250 mg, 500 mg, por vía oral</i>                     | 25 % (nivel 5)*                          |   |
| JYNARQUE, COMPRIMIDOS, POR VÍA ORAL   | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (120 de EA por 30 días)                      |
| <i>klor-con, 20 meq, caja, por vía oral</i>   | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <i>penicillamine, comprimidos, por vía oral</i>   | 25 % (nivel 5)*                          | PA  |
| <i>potassium chloride crys, comprimidos de 15 meq, de liberación prolongada, por vía oral</i> | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <i>tolvaptan, comprimidos, por vía oral</i>   | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (120 de EA por 30 días)                      |
| <i>tolvaptan, caja de comprimidos, por vía oral</i>   | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (56 de EA por 28 días)                       |
| <i>trientine hcl, cápsulas de 250 mg, por vía oral</i>  | 25 % (nivel 5)*                          |   |
| <b>Fármacos que contienen electrolitos, minerales, metales o vitaminas</b>                    |  |   |
| CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/10)   | 25 % (nivel 4)                           | B/D   |
| CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/5)  | 25 % (nivel 4)                           | B/D   |
| CLINIMIX/DEXTROSE (5/15)  | 25 % (nivel 4)                           | B/D   |

\* = suministro solo para 30 días

Para conocer el significado de las abreviaturas, consulte a partir de la página 12.

Este formulario se actualizó por última vez el 9/2/2025.

| Nombre del medicamento  | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|---|--|---|
| CLINIMIX/DEXTROSE (5/20)  | 25 % (nivel 4)                           | B/D   |
| <i>dextrose, solución al 10 %, 5 %, por vía intravenosa</i>   | 25 % (nivel 4)                           |   |
| <i>dextrose-nacl, solución al 5-0.9 %, por vía intravenosa</i>  | 25 % (nivel 4)                           |   |
| <i>dextrose-sodium chloride, solución al 10-0.2 %, 10-0.45 %, 2.5-0.45 %, 5-0.2 %, 5-0.45 %, 5-0.9 %, por vía intravenosa</i> | 25 % (nivel 4)                           |   |
| INTRALIPID  | 25 % (nivel 4)                           | B/D   |
| <i>levocarnitine, solución, por vía oral</i>  | 25 % (nivel 4)                           |   |
| <i>levocarnitine, comprimidos, por vía oral</i>   | 25 % (nivel 4)                           |   |
| PREMASOL, SOLUCIÓN AL 10 %, POR VÍA INTRAVENOSA   | 25 % (nivel 4)                           | B/D   |
| TROPHAMINE, SOLUCIÓN AL 10 %, POR VÍA INTRAVENOSA   | 25 % (nivel 4)                           | B/D   |
| <b>Fármacos quelantes de potasio</b>  |  |   |
| FASENRA, SOLUCIÓN DE 10 MG/0.5 ML EN JERINGA PRECARGADA, POR VÍA SUBCUTÁNEA   | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (0.5 ML por 30 días)                         |
| LOKELMA, CAJA DE 10 GM, POR VÍA ORAL  | 25 % (nivel 3)                           | QL (90 de EA por 30 días)                           |
| LOKELMA, CAJA DE 5 GM, POR VÍA ORAL   | 25 % (nivel 3)                           | QL (30 de EA por 30 días)                           |
| <i>sodium polystyrene sulfonate, en polvo, por vía oral</i>   | 25 % (nivel 3)                           |   |
| SPS (SODIUM POLYSTYRENE SULF)   | 25 % (nivel 3)                           |   |
| <b>Vitaminas</b>  |  |   |
| bacmin  | \$0 (MC)                                 |   |
| bp vit 3  | \$0 (MC)                                 |   |
| corvita, comprimidos, por vía oral  | \$0 (MC)                                 |   |
| corvite, comprimidos, por vía oral  | \$0 (MC)                                 |   |
| cyanocobalamin, por vía nasal   | \$0 (MC)                                 |   |
| dialyvite   | \$0 (MC)                                 |   |
| dialyvite 3000  | \$0 (MC)                                 |   |
| dialyvite 5000  | \$0 (MC)                                 |   |

\* = suministro solo para 30 días

Para conocer el significado de las abreviaturas, consulte a partir de la página 12.

Este formulario se actualizó por última vez el 9/2/2025.

| Nombre del medicamento  | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|---|--|---|
| dialyvite supreme d, comprimidos, por vía oral  | \$0 (MC)                                 |   |
| dialyvite/zinc  | \$0 (MC)                                 |   |
| enlyte  | \$0 (MC)                                 |   |
| florafol fe pediatric   | \$0 (MC)                                 |   |
| florafol pediatric, solución, por vía oral  | \$0 (MC)                                 |   |
| folic acid, por vía inyectable  | \$0 (MC)                                 |   |
| folic acid, comprimidos de 1 mg, por vía oral   | \$0 (MC)                                 |   |
| foltrate  | \$0 (MC)                                 |   |
| hydroxocobalamin acetate  | \$0 (MC)                                 |   |
| multi-vitamin/fluoride, solución, por vía oral  | \$0 (MC)                                 |   |
| multivitamin/fluoride, comprimidos masticables de 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, por vía oral | \$0 (MC)                                 |   |
| multi-vitamin/fluoride/iron   | \$0 (MC)                                 |   |
| nascobal  | \$0 (MC)                                 |   |
| nephplex rx   | \$0 (MC)                                 |   |
| niva-fol  | \$0 (MC)                                 |   |
| phytonadione, solución de 1 mg/0.5ml, 10 mg/ml, por vía inyectable                    | \$0 (MC)                                 |   |
| phytonadione, por vía oral  | \$0 (MC)                                 |   |
| poly-vi-flor  | \$0 (MC)                                 |   |
| poly-vi-flor/iron   | \$0 (MC)                                 |   |
| pyridoxine hcl, por vía inyectable  | \$0 (MC)                                 |   |
| quflora fe  | \$0 (MC)                                 |   |
| quflora fe pediatric  | \$0 (MC)                                 |   |
| quflora pediatric   | \$0 (MC)                                 |   |
| renal, cápsulas, por vía oral   | \$0 (MC)                                 |   |
| soluvita with fluoride  | \$0 (MC)                                 |   |
| strovite forte, comprimidos, por vía oral   | \$0 (MC)                                 |   |
| strovite one  | \$0 (MC)                                 |   |
| triphrocaps   | \$0 (MC)                                 |   |

\* = suministro solo para 30 días

Para conocer el significado de las abreviaturas, consulte a partir de la página 12.

Este formulario se actualizó por última vez el 9/2/2025.

| Nombre del medicamento   | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|--|--|---|
| tri-vite/fluoride  | \$0 (MC)                                 |   |
| true vitamin d3, cápsulas de 250 mcg (10000 ut), por vía oral        | \$0 (MC)                                 |   |
| vital-d rx   | \$0 (MC)                                 |   |
| vitamin d (ergocalciferol), cápsulas de 50000 unidades, por vía oral | \$0 (MC)                                 |   |
| vitamin k1, solución de 1 mg/0.5ml, 10 mg/ml, por vía inyectable     | \$0 (MC)                                 |   |
| westab max   | \$0 (MC)                                 |   |
| <b>Fármacos gastrointestinales</b>                                   |  |   |
| <b>Fármacos para tratar el estreñimiento</b>                         |  |   |
| bisacodyl ec   | \$0 (MC)                                 |   |
| bisacodyl, por vía rectal  | \$0 (MC)                                 |   |
| <i>constulose</i>  | \$0 (nivel 2)                            |   |
| docusate calcium   | \$0 (MC)                                 |   |
| docusate sodium, cápsulas, por vía oral                              | \$0 (MC)                                 |   |
| docusate sodium, líquido de 100 mg/10 ml, por vía oral               | \$0 (MC)                                 |   |
| enema, listo para usar   | \$0 (MC)                                 |   |
| <i>enulose</i>   | \$0 (nivel 2)                            |   |
| fleet pediatric  | \$0 (MC)                                 |   |
| <i>gavilyte-c</i>  | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <i>gavilyte-g</i>  | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <i>generlac</i>  | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <i>lactulose, solución de 10 gm/15 ml, por vía oral</i>              | \$0 (nivel 2)                            |   |
| LINZESS  | 25 % (nivel 3)                           | QL (30 de EA por 30 días)                           |
| <i>lubiprostone</i>  | 25 % (nivel 4)                           |   |
| <i>na sulfate-k sulfate-mg sulf</i>                                  | 25 % (nivel 3)                           |   |
| <i>peg 3350-kcl-na bicarb-nacl</i>                                   | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <i>peg-3350/electrolitos</i>   | \$0 (nivel 2)                            |   |
| polyethylene glycol 3350, caja de 17 gm, por vía oral                | \$0 (MC)                                 | QL (60 de EA por 30 días)                           |

\* = suministro solo para 30 días

Para conocer el significado de las abreviaturas, consulte a partir de la página 12.

Este formulario se actualizó por última vez el 9/2/2025.



| Nombre del medicamento   | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|--|--|---|
| RELISTOR, POR VÍA ORAL   | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (90 de EA por 30 días)                       |
| RELISTOR, SOLUCIÓN, POR VÍA SUBCUTÁNEA                                   | 25 % (nivel 5)*                          | PA  |
| <b>Fármacos antidiarreicos</b>   |  |   |
| <i>alosetron hcl, comprimidos de 0.5 mg, por vía oral</i>                | 25 % (nivel 4)                           | QL (60 de EA por 30 días)                           |
| <i>alosetron hcl, comprimidos de 1 mg, por vía oral</i>                  | 25 % (nivel 5)*                          | QL (60 de EA por 30 días)                           |
| bismuth subsalicylate, comprimidos masticables de 262 mg, por vía oral   | \$0 (MC)                                 |   |
| <i>diphenoxylate-atropine, líquido, por vía oral</i>                     | 25 % (nivel 4)                           |   |
| <i>diphenoxylate-atropine, comprimidos de 2.5-0.025 mg, por vía oral</i> | 25 % (nivel 4)                           |   |
| ft stomach relief, suspensión, por vía oral                              | \$0 (MC)                                 |   |
| gnp pink bismuth ultra str   | \$0 (MC)                                 |   |
| <i>loperamide hcl, comprimidos, por vía oral</i>                         | \$0 (nivel 2)                            |   |
| loperamide hcl, solución de 1 mg/7.5 ml, por vía oral                    | \$0 (MC)                                 |   |
| XERMELO  | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (90 de EA por 30 días)                       |
| <b>Fármacos espasmolíticos, gastrointestinales</b>                       |  |   |
| <i>dicyclomine hcl, cápsulas, por vía oral</i>                           | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <i>dicyclomine hcl, solución de 10 mg/5 ml, por vía oral</i>             | 25 % (nivel 4)                           |   |
| <i>dicyclomine hcl, comprimidos de 20 mg, por vía oral</i>               | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <i>glycopyrrolate, comprimidos de 1 mg, 2 mg, por vía oral</i>           | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <i>methscopolamine bromide, por vía oral</i>                             | 25 % (nivel 4)                           |   |
| <b>Fármacos gastrointestinales, otros</b>                                |  |   |
| acid gone, suspensión, por vía oral                                      | \$0 (MC)                                 |   |
| aluminum hydroxide gel, suspensión de 320 mg/5 ml, por vía oral          | \$0 (MC)                                 |   |

\* = suministro solo para 30 días

Para conocer el significado de las abreviaturas, consulte a partir de la página 12.

Este formulario se actualizó por última vez el 9/2/2025.

| Nombre del medicamento   | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|--|--|---|
| antacid ultra strength, comprimidos masticables de 1000 mg, por vía oral | \$0 (MC)                                 |   |
| calcium carbonate antacid, suspensión, por vía oral                      | \$0 (MC)                                 |   |
| EOHILIA  | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (600 ML por 30 días)                         |
| ft antacid extra strength  | \$0 (MC)                                 |   |
| ft antacid regular strength  | \$0 (MC)                                 |   |
| GATTEX   | 25 % (nivel 5)*                          | PA  |
| <i>gavilyte-n, saborizado, caja</i>                                      | \$0 (nivel 2)                            |   |
| gnp antacid & anti-gas, suspensión, por vía oral                         | \$0 (MC)                                 |   |
| heartburn relief ex st   | \$0 (MC)                                 |   |
| mag-al   | \$0 (MC)                                 |   |
| <i>metoclopramide hcl, solución de 5 mg/5 ml, por vía oral</i>           | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <i>metoclopramide hcl, comprimidos, por vía oral</i>                     | \$0 (nivel 1)                            |   |
| OCALIVA  | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (30 de EA por 30 días)                       |
| REZDIFFRA  | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (30 de EA por 30 días)                       |
| sodium bicarbonate, comprimidos de 325 mg, 650 mg, por vía oral          | \$0 (MC)                                 |   |
| <i>ursodiol, cápsulas de 300 mg, por vía oral</i>                        | 25 % (nivel 3)                           |   |
| <i>ursodiol, comprimidos, por vía oral</i>                               | 25 % (nivel 3)                           |   |
| VOWST  | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (12 de EA por 3 días)                        |
| <b>Fármacos antagonistas del receptor de histamina 2 (H2)</b>            |  |   |
| acid reducer complete  | \$0 (MC)                                 |   |
| <i>cimetidine hcl, solución de 300 mg/5 ml, por vía oral</i>             | 25 % (nivel 4)                           |   |
| famotidine, comprimidos de 10 mg, por vía oral                           | \$0 (MC)                                 |   |
| <i>famotidine, comprimidos de 20 mg, 40 mg, por vía oral</i>             | \$0 (nivel 2)                            |   |

\* = suministro solo para 30 días

Para conocer el significado de las abreviaturas, consulte a partir de la página 12.

Este formulario se actualizó por última vez el 9/2/2025.

| Nombre del medicamento  | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|---|--|---|
| <b>Fármacos protectores</b>   |  |   |
| <i>misoprostol, por vía oral</i>  | 25 % (nivel 3)                           |   |
| <i>sucralfate, suspensión, por vía oral</i>   | 25 % (nivel 4)                           |   |
| <i>sucralfate, comprimidos, por vía oral</i>  | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <b>Inhibidores de la bomba de protones</b>  |  |   |
| <i>esomeprazole magnesium, cápsulas de liberación retardada, por vía oral</i>   | 25 % (nivel 4)                           |   |
| <i>lansoprazole, cápsulas de liberación retardada, por vía oral</i>   | 25 % (nivel 3)                           |   |
| omeprazole magnesium, cápsulas de liberación retardada, por vía oral  | \$0 (MC)                                 | PA  |
| <i>omeprazole, cápsulas de 10 mg, 40 mg, de liberación retardada, por vía oral</i>  | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <i>omeprazole, cápsulas de 20 mg, de liberación retardada, por vía oral</i>   | \$0 (nivel 1)                            |   |
| omeprazole, comprimidos de liberación retardada, por vía oral   | \$0 (MC)                                 | PA  |
| <i>pantoprazole sodium, comprimidos de liberación retardada, por vía oral</i>   | \$0 (nivel 1)                            |   |
| <i>rabeprazole sodium, comprimidos de liberación retardada, por vía oral</i>  | 25 % (nivel 4)                           |   |
| <b>Fármacos para tratar trastornos genéticos, enzimáticos o por falta de proteínas: reemplazo, modificadores, tratamiento</b> |  |   |
| <b>Fármacos para tratar trastornos genéticos, enzimáticos o por falta de proteínas: reemplazo, modificadores, tratamiento</b> |  |   |
| AMVUTTRA  | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (0.5 ML por 90 días)                         |
| <i>betaine</i>  | 25 % (nivel 5)*                          | LA  |
| CREON   | 25 % (nivel 3)                           |   |
| <i>cromolyn sodium, por vía oral</i>  | 25 % (nivel 4)                           |   |
| CYSTAGON  | 25 % (nivel 3)                           | LA  |
| <i>dichlorphenamide</i>   | 25 % (nivel 5)*                          | PA  |
| ENDARI  | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (180 de EA por 30 días)                      |
| <i>miglustat</i>  | 25 % (nivel 5)*                          |   |

\* = suministro solo para 30 días

Para conocer el significado de las abreviaturas, consulte a partir de la página 12.

Este formulario se actualizó por última vez el 9/2/2025.

| Nombre del medicamento  | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|---|--|---|
| <i>nitisinone</i>   | 25 % (nivel 5)*                          | PA  |
| NULIBRY   | 25 % (nivel 5)*                          | PA  |
| PROLASTIN-C, SOLUCIÓN INTRAVENOSA   | 25 % (nivel 5)*                          | PA; LA  |
| <i>sapropterin dihydrochloride, caja, por vía oral</i>  | 25 % (nivel 5)*                          |   |
| <i>sapropterin dihydrochloride, comprimidos, por vía oral</i>   | 25 % (nivel 5)*                          |   |
| <i>sodium phenylbutyrate, polvo de 3 gm por cucharadita, por vía oral</i>   | 25 % (nivel 5)*                          |   |
| <i>sodium phenylbutyrate, comprimidos, por vía oral</i>   | 25 % (nivel 5)*                          |   |
| VYNDAMAX  | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (30 de EA por 30 días)                       |
| VYND AQEL   | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (120 de EA por 30 días)                      |
| ZENPEP, CÁPSULAS DE 10000-32000 UNIDADES, 15000-47000 UNIDADES, 20000-63000 UNIDADES, 25000-79000 UNIDADES, 3000-10000 UNIDADES, 40000-126000 UNIDADES, 5000-24000 UNIDADES, 60000-189600 UNIDADES, DE LIBERACIÓN RETARDADA, POR VÍA ORAL | 25 % (nivel 3)                           |   |
| <b>Fármacos genitourinarios</b>   |  |   |
| <b>Antiespasmódicos urinarios</b>   |  |   |
| <i>fesoterodine fumarate, de liberación prolongada</i>  | 25 % (nivel 3)                           | QL (30 de EA por 30 días)                           |
| MYRBETRIQ, SUSPENSIÓN RECONSTITUIDA DE LIBERACIÓN PROLONGADA, POR VÍA ORAL  | 25 % (nivel 3)                           | QL (300 ML por 30 días)                             |
| MYRBETRIQ, COMPRIMIDOS DE LIBERACIÓN PROLONGADA HASTA 24 HORAS, POR VÍA ORAL  | 25 % (nivel 3)                           | QL (30 de EA por 30 días)                           |
| <i>oxybutynin chloride, de liberación prolongada</i>  | \$0 (nivel 2)                            | QL (60 de EA por 30 días)                           |
| <i>oxybutynin chloride, solución, por vía oral</i>  | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <i>oxybutynin chloride, comprimidos de 5 mg, por vía oral</i>   | \$0 (nivel 2)                            |   |

\* = suministro solo para 30 días

Para conocer el significado de las abreviaturas, consulte a partir de la página 12.

Este formulario se actualizó por última vez el 9/2/2025.

| Nombre del medicamento  | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|---|--|---|
| <i>solifenacin succinate</i>  | \$0 (nivel 2)                            | QL (30 de EA por 30 días)                           |
| <i>tolterodine tartrate</i>   | \$0 (nivel 2)                            | QL (60 de EA por 30 días)                           |
| <i>tolterodine tartrate, de liberación prolongada</i>   | 25 % (nivel 4)                           | QL (30 de EA por 30 días)                           |
| <i>trospium chloride</i>  | \$0 (nivel 2)                            | QL (60 de EA por 30 días)                           |
| <b>Fármacos para tratar la hipertrofia benigna de próstata</b>  |  |   |
| <i>alfuzosin hcl, de liberación prolongada</i>  | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <i>dutasteride, por vía oral</i>  | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <i>dutasteride-tamsulosin hcl</i>   | 25 % (nivel 4)                           |   |
| <i>finasteride, comprimidos de 5 mg, por vía oral</i>   | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <i>tadalafil, comprimidos de 2.5 mg, 5 mg, por vía oral</i>   | 25 % (nivel 4)                           | PA; QL (30 de EA por 30 días)                       |
| <i>tamsulosin hcl</i>   | \$0 (nivel 1)                            |   |
| <b>Fármacos genitourinarios, otros</b>  |  |   |
| <i>bethanechol chloride, por vía oral</i>   | 25 % (nivel 3)                           |   |
| ELMIRON   | 25 % (nivel 4)                           |   |
| k-phos-neutral  | \$0 (MC)                                 |   |
| <i>methylergonovine maleate, por vía oral</i>   | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <b>Fármacos para tratamiento hormonal, estimulantes/reposición hormonal/modificadores (suprarrenales)</b> |  |   |
| <b>Fármacos para tratamiento hormonal, estimulantes/reposición hormonal/modificadores (suprarrenales)</b> |  |   |
| ACTHAR  | 25 % (nivel 5)*                          | PA  |
| ACTHAR, GEL   | 25 % (nivel 5)*                          | PA  |
| <i>betamethasone dipropionate aug, crema de uso tópico</i>  | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <i>betamethasone dipropionate, ungüento de uso tópico</i>   | 25 % (nivel 3)                           |   |
| CORTROPHIN  | 25 % (nivel 5)*                          | PA  |
| DEXAMETHASONE INTENSOL  | 25 % (nivel 4)                           |   |
| <i>dexamethasone, solución, por vía oral</i>  | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <i>dexamethasone, comprimidos, por vía oral</i>   | \$0 (nivel 2)                            |   |

\* = suministro solo para 30 días

Para conocer el significado de las abreviaturas, consulte a partir de la página 12.

Este formulario se actualizó por última vez el 9/2/2025.

| Nombre del medicamento   | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|--|--|---|
| <i>dexamethasone sodium phosphate, solución de 120 mg/30 ml, 20 mg/5 ml, 4 mg/ml, por vía inyectable</i> | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <i>fludrocortisone acetate, por vía oral</i>   | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <i>hydrocortisone, por vía oral</i>  | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <i>hydrocortisone sod suc (pf)</i>   | 25 % (nivel 4)                           |   |
| <i>methylprednisolone, por vía oral</i>  | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <i>prednisolone, solución, por vía oral</i>  | 25 % (nivel 4)                           |   |
| <i>prednisolone sodium phosphate, solución de 15 mg/5 ml, por vía oral</i>                               | 25 % (nivel 3)                           |   |
| <i>prednisolone sodium phosphate, solución de 5 mg/5 ml, por vía oral</i>                                | 25 % (nivel 4)                           |   |
| <i>prednisone intensol</i>   | 25 % (nivel 4)                           |   |
| <i>prednisone, solución, por vía oral</i>  | 25 % (nivel 4)                           |   |
| <i>prednisone, comprimidos, por vía oral</i>   | \$0 (nivel 1)                            |   |
| <i>prednisone, caja de comprimidos, por vía oral</i>   | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <b>Fármacos para tratamiento hormonal, estimulantes/reposición hormonal/modificadores (hipófisis)</b>    |  |   |
| <b>Fármacos para tratamiento hormonal, estimulantes/reposición hormonal/modificadores (hipófisis)</b>    |  |   |
| <i>desmopressin ace, aerosol, fármaco refrigerado</i>  | 25 % (nivel 4)                           |   |
| <i>desmopressin acetate, por vía oral</i>  | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <i>desmopressin acetate, en aerosol</i>  | 25 % (nivel 4)                           |   |
| INCRELEX   | 25 % (nivel 5)*                          | PA; LA  |
| <i>leuprolide acetate, 3 meses</i>   | 25 % (nivel 4)                           |   |
| <i>leuprolide acetate, por vía intramuscular</i>   | 25 % (nivel 5)*                          |   |
| NORDITROPIN FLEXPOR, SOLUCIÓN EN PLUMA INYECTORA, POR VÍA SUBCUTÁNEA                                     | 25 % (nivel 5)*                          | PA  |
| OMNITROPE, SOLUCIÓN EN CARTUCHO, POR VÍA SUBCUTÁNEA  | 25 % (nivel 5)*                          | PA  |

\* = suministro solo para 30 días

Para conocer el significado de las abreviaturas, consulte a partir de la página 12.

Este formulario se actualizó por última vez el 9/2/2025.



| Nombre del medicamento  | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|---|--|---|
| OMNITROPE, SOLUCIÓN RECONSTITUIDA, POR VÍA SUBCUTÁNEA   | 25 % (nivel 5)*                          | PA  |
| <b>Fármacos para tratamiento hormonal, estimulantes/reposición hormonal/modificadores (hormonas y modificadores sexuales)</b> |  |   |
| <b>Andrógenos</b>   |  |   |
| <i>danazol, por vía oral</i>  | 25 % (nivel 3)                           |   |
| <i>testosterone cypionate, solución de 100 mg/ml, 200 mg/ml, 200 mg/ml (1 ml), por vía intramuscular</i>                      | 25 % (nivel 3)                           |   |
| <i>testosterone enanthate, solución, por vía intramuscular</i>  | 25 % (nivel 3)                           |   |
| <i>testosterone, gel transdérmico al 1.62 %, 20.25 mg/act (1.62 %), 40.5 mg/2.5 gm (1.62 %)</i>                               | 25 % (nivel 4)                           | PA; QL (150 GM por 30 días)                         |
| <i>testosterone, gel transdérmico de 12.5 mg/act (1 %), 50 mg/5 gm (1 %)</i>  | 25 % (nivel 4)                           | PA; QL (300 GM por 30 días)                         |
| <i>testosterone, gel transdérmico de 20.25 mg/1.25 gm (1.62 %)</i>  | 25 % (nivel 4)                           | PA; QL (37.5 GM por 30 días)                        |
| <i>testosterone, gel transdérmico de 25 mg/2.5 gm (1 %)</i>   | 25 % (nivel 4)                           | PA; QL (75 GM por 30 días)                          |
| <i>testosterone, solución transdérmica</i>  | 25 % (nivel 4)                           | PA; QL (180 ML por 30 días)                         |
| <b>Estrógenos</b>   |  |   |
| <i>apri</i>   | \$0 (nivel 2)                            |   |
| AUROVELA 24 FE  | 25 % (nivel 4)                           |   |
| <i>aviane</i>   | \$0 (nivel 2)                            |   |
| BLISOVI 24 FE   | 25 % (nivel 4)                           |   |
| DOTTI   | \$0 (nivel 2)                            |   |
| ELURYNG   | 25 % (nivel 3)                           |   |
| <i>enskyce, comprimidos de 0.15-30 mg-mcg, por vía oral</i>   | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <i>estarylla</i>  | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <i>estradiol, por vía oral</i>  | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <i>estradiol, parche transdérmico, dos veces por semana</i>   | \$0 (nivel 2)                            |   |

\* = suministro solo para 30 días

Para conocer el significado de las abreviaturas, consulte a partir de la página 12.

Este formulario se actualizó por última vez el 9/2/2025.

| Nombre del medicamento   | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|--|--|---|
| <i>estradiol, parche transdérmico, semanalmente</i>  | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <i>estradiol, crema, por vía vaginal</i>   | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <i>estradiol, comprimidos, por vía vaginal</i>   | 25 % (nivel 3)                           |   |
| <i>estradiol valerate, solución de aceite de 10 mg/ml, 20 mg/ml, por vía intramuscular</i>         | 25 % (nivel 3)                           |   |
| <i>estradiol valerate, solución de aceite de 40 mg/ml, por vía intramuscular</i>                   | 25 % (nivel 4)                           |   |
| <i>estradiol-norethindrone acet</i>  | 25 % (nivel 3)                           |   |
| <i>ethynodiol diac-eth estradiol, comprimidos de 1-50 mg-mcg, por vía oral</i>                     | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <i>etonogestrel-ethinyl estradiol</i>  | 25 % (nivel 3)                           |   |
| HAILEY 24 FE   | 25 % (nivel 4)                           |   |
| <i>isibloom</i>  | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <i>junel fe 1.5/30</i>   | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <i>junel fe 1/20</i>   | \$0 (nivel 2)                            |   |
| JUNEL FE 24  | 25 % (nivel 4)                           |   |
| <i>kariva</i>  | \$0 (nivel 2)                            | NE  |
| KELNOR 1/35  | 25 % (nivel 4)                           |   |
| KELNOR 1/50  | 25 % (nivel 4)                           |   |
| LARIN 24 FE  | 25 % (nivel 4)                           |   |
| <i>larin fe 1.5/30</i>   | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <i>larin fe 1/20</i>   | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <i>lessina</i>   | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <i>levonorgest-eth estrad, tratamiento para 91 días, comprimidos de 0.15-0.03 mg, por vía oral</i> | \$0 (nivel 2)                            |   |
| LORYNA   | 25 % (nivel 4)                           |   |
| LYLLANA  | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <i>microgestin 1/20</i>  | \$0 (nivel 2)                            |   |
| MIMVEY   | 25 % (nivel 3)                           |   |
| <i>norgestimate-eth estradiol, comprimidos de 0.25-35 mg-mcg, por vía oral</i>                     | \$0 (nivel 2)                            |   |

\* = suministro solo para 30 días

Para conocer el significado de las abreviaturas, consulte a partir de la página 12.

Este formulario se actualizó por última vez el 9/2/2025.

| Nombre del medicamento  | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|---|--|---|
| <i>norgestim-eth estrad triphasic, comprimidos de 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg, por vía oral</i>                                 | \$0 (nivel 2)                            |   |
| PREMARIN, POR VÍA VAGINAL   | 25 % (nivel 3)                           |   |
| <i>sprintec 28</i>  | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <i>sronyx</i>   | \$0 (nivel 2)                            |   |
| SYEDA   | 25 % (nivel 4)                           |   |
| <i>tri-estarylla</i>  | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <i>tri-lo-estarylla</i>   | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <i>tri-sprintec</i>   | \$0 (nivel 2)                            |   |
| XULANE  | 25 % (nivel 3)                           | NE  |
| YUVAFEM   | 25 % (nivel 4)                           | NE  |
| <b>Fármacos para tratamiento hormonal, estimulantes/reposición hormonal/modificadores (hormonas y modificadores sexuales)</b> |  |   |
| LILETTA (52 MG), DISPOSITIVO INTRAUTERINO DE 20.1 MCG/DÍA, POR VÍA INTRAUTERINA   | 25 % (nivel 3)                           |   |
| MIRENA (52 MG), DISPOSITIVO INTRAUTERINO DE 20 MCG/DÍA, POR VÍA INTRAUTERINA  | 25 % (nivel 4)                           |   |
| NEXPLANON   | 25 % (nivel 3)                           |   |
| <b>Fármacos que contienen progestina</b>  |  |   |
| <i>altavera</i>   | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <i>alyacen 1/35</i>   | 25 % (nivel 4)                           |   |
| <i>camila</i>   | \$0 (nivel 2)                            |   |
| CAMRESE LO  | 25 % (nivel 4)                           |   |
| CRYSELLE-28   | 25 % (nivel 4)                           |   |
| DEPO-SUBQ PROVERA 104, SUSPENSIÓN EN JERINGA PRECARGADA, POR VÍA SUBCUTÁNEA   | 25 % (nivel 3)                           |   |
| <i>emzahh</i>   | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <i>errin</i>  | \$0 (nivel 2)                            |   |
| FYAVOLV   | 25 % (nivel 3)                           |   |
| <i>heather</i>  | \$0 (nivel 2)                            |   |

\* = suministro solo para 30 días

Para conocer el significado de las abreviaturas, consulte a partir de la página 12.

Este formulario se actualizó por última vez el 9/2/2025.

| Nombre del medicamento   | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|--|--|---|
| JINTELI  | 25 % (nivel 3)                           |   |
| JUNEL 1.5/30   | 25 % (nivel 4)                           |   |
| JUNEL 1/20   | 25 % (nivel 4)                           |   |
| <i>kurvelo</i>   | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <i>levonorgestrel-ethinyl estrad, comprimidos de 0.15- 30 mg-mcg, por vía oral</i>                   | \$0 (nivel 2)                            |   |
| LOW-OGESTREL   | 25 % (nivel 4)                           |   |
| <i>medroxyprogesterone acetate, suspensión, por vía intramuscular</i>                                | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <i>medroxyprogesterone acetate, suspensión en jeringa precargada, por vía intramuscular</i>          | 25 % (nivel 3)                           |   |
| <i>medroxyprogesterone acetate, por vía oral</i>   | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <i>megestrol acetate, suspensión de 40 mg/ml, por vía oral</i>                                       | 25 % (nivel 3)                           |   |
| <i>megestrol acetate, suspensión de 625 mg/5 ml, por vía oral</i>                                    | 25 % (nivel 4)                           |   |
| <i>megestrol acetate, comprimidos, por vía oral</i>  | 25 % (nivel 3)                           |   |
| <i>norethindrone acetate, por vía oral</i>   | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <i>norethindrone, por vía oral</i>   | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <i>norethindrone-eth estradiol comprimidos de 1-5 mg-mcg, por vía oral</i>                           | 25 % (nivel 3)                           |   |
| NORTREL 1/35 (21)  | 25 % (nivel 4)                           |   |
| NORTREL 1/35 (28)  | 25 % (nivel 4)                           |   |
| NORTREL 7/7/7  | 25 % (nivel 4)                           |   |
| plan b one-step  | \$0 (MC)                                 |   |
| <i>portia-28</i>   | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <i>progesterone, por vía oral</i>  | \$0 (nivel 2)                            |   |
| VELIVET  | 25 % (nivel 4)                           |   |
| <b>Fármacos para tratamiento hormonal, estimulantes/reposición hormonal/modificadores (tiroides)</b> |  |   |
| <b>Fármacos para tratamiento hormonal, estimulantes/reposición hormonal/modificadores (tiroides)</b> |  |   |
| ARMOUR THYROID   | 25 % (nivel 4)                           |   |

\* = suministro solo para 30 días

Para conocer el significado de las abreviaturas, consulte a partir de la página 12.

Este formulario se actualizó por última vez el 9/2/2025.

| Nombre del medicamento  | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|---|--|---|
| <i>levothyroxine sodium, comprimidos, por vía oral</i>  | \$0 (nivel 1)                            |   |
| <i>levoxyl</i>  | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <i>liothyronine sodium, por vía oral</i>  | \$0 (nivel 2)                            |   |
| NP THYROID  | 25 % (nivel 4)                           |   |
| SYNTHROID   | 25 % (nivel 4)                           |   |
| <i>unithroid</i>  | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <b>Fármacos para tratamiento hormonal, supresores (hipófisis)</b>   |  |   |
| <b>Fármacos para tratamiento hormonal, supresores (hipófisis)</b>   |  |   |
| <i>cabergoline</i>  | 25 % (nivel 3)                           |   |
| ELIGARD   | 25 % (nivel 4)                           |   |
| FIRMAGON, DOSIS DE 240 MG   | 25 % (nivel 5)*                          | B/D   |
| FIRMAGON, SOLUCIÓN RECONSTITUIDA DE 80 MG, POR VÍA SUBCUTÁNEA   | 25 % (nivel 4)                           | B/D   |
| <i>lanreotide acetate</i>   | 25 % (nivel 5)*                          |   |
| <i>leuprolide acetate, por vía inyectable</i>   | 25 % (nivel 4)                           |   |
| LUPRON DEPOT, 1 MES, KIT DE 3.75 MG, POR VÍA INTRAMUSCULAR  | 25 % (nivel 5)*                          | PA  |
| LUPRON DEPOT, 3 MESES, KIT DE 11.25 MG, POR VÍA INTRAMUSCULAR   | 25 % (nivel 5)*                          | PA  |
| <i>octreotide acetate, solución de 100 mcg/ml, 1000 mcg/ml, 200 mcg/ml, 50 mcg/ml, 500 mcg/ml, por vía inyectable</i> | 25 % (nivel 4)                           |   |
| <i>octreotide acetate, por vía intramuscular</i>  | 25 % (nivel 5)*                          |   |
| <i>octreotide acetate, por vía subcutánea</i>   | 25 % (nivel 4)                           |   |
| SIGNIFOR  | 25 % (nivel 5)*                          | PA  |
| SOMATULINE DEPOT, SOLUCIÓN DE 60 MG/0.2 ML, 90 MG/0.3 ML, POR VÍA SUBCUTÁNEA  | 25 % (nivel 5)*                          |   |
| SOMAVERT  | 25 % (nivel 5)*                          | PA; LA  |
| TRELSTAR MIXJECT  | 25 % (nivel 4)                           | PA  |
| <b>Fármacos para tratamiento hormonal, supresores (tiroides)</b>  |  |   |
| <b>Fármacos antitiroideos</b>   |  |   |

\* = suministro solo para 30 días

Para conocer el significado de las abreviaturas, consulte a partir de la página 12.

Este formulario se actualizó por última vez el 9/2/2025.

| Nombre del medicamento  | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|---|--|---|
| <i>methimazole, por vía oral</i>  | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <i>propylthiouracil, por vía oral</i>   | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <b>Fármacos para tratar trastornos del sistema inmunitario</b>                  |  |   |
| <b>Fármacos para tratar el angioedema</b>                                       |  |   |
| HAEGARDA  | 25 % (nivel 5)*                          | PA  |
| <i>icatibant acetate, solución en jeringa precargada, por vía subcutánea</i>    | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (18 ML por 30 días)                          |
| SAJAZIR, SOLUCIÓN EN JERINGA PRECARGADA, POR VÍA SUBCUTÁNEA                     | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (18 ML por 30 días)                          |
| <b>Fármacos que contienen inmunoglobinas</b>                                    |  |   |
| GAMMAGARD, SOLUCIÓN DE 2.5 GM/25 ML, POR VÍA INYECTABLE                         | 25 % (nivel 5)*                          | PA  |
| GAMMAGARD S/D MENOS IGA   | 25 % (nivel 5)*                          | PA  |
| GAMUNEX-C   | 25 % (nivel 5)*                          | PA  |
| <b>Fármacos para tratar trastornos del sistema inmunitario, otros</b>           |  |   |
| ARCALYST  | 25 % (nivel 5)*                          | PA; LA  |
| COSENTYX, DOSIS DE 300 MG   | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (8 ML por 28 días)                           |
| COSENTYX SENSOREADY, DOSIS DE 300 MG  | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (8 ML por 28 días)                           |
| COSENTYX, SOLUCIÓN EN JERINGA PRECARGADA DE 75 MG/0.5 ML, POR VÍA SUBCUTÁNEA    | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (2 ML por 28 días)                           |
| COSENTYX UNOREADY   | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (8 ML por 28 días)                           |
| DUPIXENT, SOLUCIÓN EN PLUMA AUTOINYECTORA DE 200 MG/1.14 ML, POR VÍA SUBCUTÁNEA | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (3.42 ML por 30 días)                        |
| DUPIXENT, SOLUCIÓN EN PLUMA AUTOINYECTORA DE 300 MG/2 ML, POR VÍA SUBCUTÁNEA    | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (8 ML por 30 días)                           |
| DUPIXENT, SOLUCIÓN DE 200 MG/1.14 ML EN PLUMA INYECTORA, POR VÍA SUBCUTÁNEA     | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (3.42 ML por 30 días)                        |
| DUPIXENT, SOLUCIÓN DE 300 MG/2 ML EN PLUMA INYECTORA, POR VÍA SUBCUTÁNEA        | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (8 ML por 30 días)                           |

\* = suministro solo para 30 días

Para conocer el significado de las abreviaturas, consulte a partir de la página 12.

Este formulario se actualizó por última vez el 9/2/2025.



| Nombre del medicamento  | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|---|--|---|
| DUPIXENT, SOLUCIÓN DE 100 MG/0.67 ML EN JERINGA PRECARGADA, POR VÍA SUBCUTÁNEA            | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (1.34 ML por 30 días)                        |
| DUPIXENT, SOLUCIÓN DE 200 MG/1.14 ML EN JERINGA PRECARGADA, POR VÍA SUBCUTÁNEA            | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (3.42 ML por 30 días)                        |
| DUPIXENT, SOLUCIÓN DE 300 MG/2 ML EN JERINGA PRECARGADA, POR VÍA SUBCUTÁNEA               | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (8 ML por 30 días)                           |
| <i>leflunomide, por vía oral</i>  | \$0 (nivel 2)                            |   |
| REVCovi   | 25 % (nivel 5)*                          | PA  |
| RINVOQ LQ   | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (360 ML por 30 días)                         |
| RINVOQ, COMPRIMIDOS DE 15 MG, 30 MG DE LIBERACIÓN PROLONGADA HASTA 24 HORAS, POR VÍA ORAL | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (30 de EA por 30 días)                       |
| RINVOQ, COMPRIMIDOS DE 45 MG, DE LIBERACIÓN PROLONGADA HASTA 24 HORAS, POR VÍA ORAL       | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (168 de EA por 365 días)                     |
| SELARSDI, SOLUCIÓN DE 45 MG/0.5 ML EN JERINGA PRECARGADA, POR VÍA SUBCUTÁNEA              | 25 % (nivel 3)                           | PA; QL (0.5 ML por 28 días)                         |
| SELARSDI, SOLUCIÓN DE 90 MG/ML EN JERINGA PRECARGADA, POR VÍA SUBCUTÁNEA                  | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (1 ML por 28 días)                           |
| SKYRIZI, PLUMA  | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (1 ML por 28 días)                           |
| SKYRIZI, SOLUCIÓN EN CARTUCHO DE 180 MG/1.2 ML, POR VÍA SUBCUTÁNEA                        | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (1.2 ML por 56 días)                         |
| SKYRIZI, SOLUCIÓN EN CARTUCHO DE 360 MG/2.4 ML, POR VÍA SUBCUTÁNEA                        | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (2.4 ML por 56 días)                         |
| SKYRIZI, SOLUCIÓN EN JERINGA PRECARGADA, POR VÍA SUBCUTÁNEA                               | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (1 ML por 28 días)                           |
| STELARA, SOLUCIÓN DE 45 MG/0.5 ML, POR VÍA SUBCUTÁNEA                                     | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (0.5 ML por 28 días)                         |
| STELARA, SOLUCIÓN DE 45 MG/0.5 ML EN JERINGA PRECARGADA, POR VÍA SUBCUTÁNEA               | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (0.5 ML por 28 días)                         |

\* = suministro solo para 30 días

Para conocer el significado de las abreviaturas, consulte a partir de la página 12.

Este formulario se actualizó por última vez el 9/2/2025.

| Nombre del medicamento  | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|---|--|---|
| STELARA, SOLUCIÓN DE 90 MG/ML EN JERINGA PRECARGADA, POR VÍA SUBCUTÁNEA                       | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (1 ML por 28 días)                           |
| TAVNEOS   | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (180 de EA por 30 días)                      |
| <i>ustekinumab, solución, por vía subcutánea</i>  | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (0.5 ML por 28 días)                         |
| <i>ustekinumab, solución de 45 mg/0.5 ml en jeringa precargada, por vía subcutánea</i>        | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (0.5 ML por 28 días)                         |
| <i>ustekinumab, solución inyectable de 90 mg/ml en jeringa precargada, por vía subcutánea</i> | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (1 ML por 28 días)                           |
| XELJANZ, SOLUCIÓN, POR VÍA ORAL   | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (300 ML por 30 días)                         |
| XELJANZ, COMPRIMIDOS, POR VÍA ORAL  | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (60 de EA por 30 días)                       |
| XELJANZ XR, COMPRIMIDOS DE 11 MG, DE LIBERACIÓN PROLONGADA HASTA 24 HORAS, POR VÍA ORAL       | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (30 de EA por 30 días)                       |
| XOLAIR, SOLUCIÓN EN PLUMA AUTOINYECTORA, POR VÍA SUBCUTÁNEA                                   | 25 % (nivel 5)*                          | PA  |
| XOLAIR, SOLUCIÓN EN JERINGA PRECARGADA, POR VÍA SUBCUTÁNEA                                    | 25 % (nivel 5)*                          | PA  |
| XOLAIR, SOLUCIÓN RECONSTITUIDA, POR VÍA SUBCUTÁNEA  | 25 % (nivel 5)*                          | PA; LA  |
| YESINTEK, SOLUCIÓN, POR VÍA SUBCUTÁNEA  | 25 % (nivel 3)                           | PA; QL (0.5 ML por 28 días)                         |
| YESINTEK, SOLUCIÓN DE 45 MG/0.5 ML EN JERINGA PRECARGADA, POR VÍA SUBCUTÁNEA                  | 25 % (nivel 3)                           | PA; QL (0.5 ML por 28 días)                         |
| YESINTEK, SOLUCIÓN DE 90 MG/ML EN JERINGA PRECARGADA, POR VÍA SUBCUTÁNEA                      | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (1 ML por 28 días)                           |
| <b>Fármacos inmunoestimulantes</b>  |  |   |
| ACTIMMUNE   | 25 % (nivel 5)*                          | PA  |
| BESREMI   | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (2 ML por 28 días)                           |
| PEGASYS, SOLUCIÓN DE 180 MCG/ML, POR VÍA SUBCUTÁNEA   | 25 % (nivel 5)*                          |   |

\* = suministro solo para 30 días

Para conocer el significado de las abreviaturas, consulte a partir de la página 12.

Este formulario se actualizó por última vez el 9/2/2025.

| Nombre del medicamento  | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|---|--|---|
| PEGASYS, SOLUCIÓN EN JERINGA PRECARGADA, POR VÍA SUBCUTÁNEA                                 | 25 % (nivel 5)*                          |   |
| <b>Fármacos inmunosupresores</b>  |  |   |
| <i>adalimumab-adaz, solución de 40 mg/0.4 ml en pluma autoinyectora, por vía subcutánea</i> | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (2.4 ML por 28 días)                         |
| <i>adalimumab-adaz, solución de 80 mg/0.8 ml en pluma autoinyectora, por vía subcutánea</i> | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (3.2 ML por 28 días)                         |
| <i>adalimumab-adaz, solución de 10 mg/0.1 ml en jeringa precargada, por vía subcutánea</i>  | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (0.2 ML por 28 días)                         |
| <i>adalimumab-adaz, solución de 20 mg/0.2 ml en jeringa precargada, por vía subcutánea</i>  | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (0.4 ML por 28 días)                         |
| <i>adalimumab-adaz, solución de 40 mg/0.4 ml en jeringa precargada, por vía subcutánea</i>  | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (2.4 ML por 28 días)                         |
| ASTAGRAF XL   | 25 % (nivel 4)                           | B/D   |
| <i>azathioprine, comprimidos de 50 mg, por vía oral</i>                                     | \$0 (nivel 2)                            | B/D   |
| BENLYSTA, POR VÍA SUBCUTÁNEA  | 25 % (nivel 5)*                          | PA  |
| <i>cyclosporine, modificado, cápsulas, por vía oral</i>                                     | 25 % (nivel 3)                           | B/D   |
| <i>cyclosporine, modificado, solución, por vía oral</i>                                     | 25 % (nivel 4)                           | B/D   |
| <i>cyclosporine, cápsulas, por vía oral</i>   | 25 % (nivel 4)                           | B/D   |
| ENBREL MINI   | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (8 ML por 28 días)                           |
| ENBREL, SOLUCIÓN DE 25 MG/0.5 ML, POR VÍA SUBCUTÁNEA  | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (8 ML por 28 días)                           |
| ENBREL, SOLUCIÓN DE 25 MG/0.5 ML EN JERINGA PRECARGADA, POR VÍA SUBCUTÁNEA                  | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (4 ML por 28 días)                           |
| ENBREL, SOLUCIÓN DE 50 MG/ML EN JERINGA PRECARGADA, POR VÍA SUBCUTÁNEA                      | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (8 ML por 28 días)                           |
| ENBREL SURECLICK, SOLUCIÓN EN PLUMA AUTOINYECTORA, POR VÍA SUBCUTÁNEA                       | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (8 ML por 28 días)                           |
| <i>everolimus, comprimidos de 0.25 mg, por vía oral</i>                                     | 25 % (nivel 4)                           | B/D   |

\* = suministro solo para 30 días

Para conocer el significado de las abreviaturas, consulte a partir de la página 12.

Este formulario se actualizó por última vez el 9/2/2025.

| Nombre del medicamento   | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|--|--|---|
| <i>everolimus, comprimidos de 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, por vía oral</i>                                    | 25 % (nivel 5)*                          | B/D   |
| <i>everolimus, comprimidos de 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg, por vía oral</i>                                     | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (30 de EA por 30 días)                       |
| <i>everolimus, comprimidos solubles de 2 mg, por vía oral</i>  | 25 % (nivel 5)*                          | PA  |
| <i>gengraf, cápsulas de 100 mg, 25 mg, por vía oral</i>  | \$0 (nivel 2)                            | B/D   |
| HADLIMA PUSHTOUCH, SOLUCIÓN EN PLUMA AUTOINYECTORA DE 40 MG/0.4 ML, POR VÍA SUBCUTÁNEA                   | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (2.4 ML por 28 días)                         |
| HADLIMA PUSHTOUCH, SOLUCIÓN EN PLUMA AUTOINYECTORA DE 40 MG/0.8 ML, POR VÍA SUBCUTÁNEA                   | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (4.8 ML por 28 días)                         |
| HADLIMA, SOLUCIÓN DE 40 MG/0.4 ML EN JERINGA PRECARGADA, POR VÍA SUBCUTÁNEA                              | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (2.4 ML por 28 días)                         |
| HADLIMA, SOLUCIÓN DE 40 MG/0.8 ML EN JERINGA PRECARGADA, POR VÍA SUBCUTÁNEA                              | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (4.8 ML por 28 días)                         |
| HUMIRA, CAJA CON 2 PLUMAS  | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (4 de EA por 28 días)                        |
| HUMIRA, KIT DE 10 MG/0.1 ML, 20 MG/0.2 ML EN JERINGA PRECARGADA, CAJA CON 2 JERINGAS, POR VÍA SUBCUTÁNEA | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (2 de EA por 28 días)                        |
| HUMIRA, KIT DE 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML EN JERINGA PRECARGADA, CAJA CON 2 JERINGAS, POR VÍA SUBCUTÁNEA | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (4 de EA por 28 días)                        |
| HUMIRA PEN, KIT DE PLUMA INYECTORA, POR VÍA SUBCUTÁNEA   | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (2 de EA por 28 días)                        |
| HUMIRA, KIT DE 40 MG/0.8 ML EN JERINGA PRECARGADA, POR VÍA SUBCUTÁNEA                                    | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (2 de EA por 28 días)                        |
| HUMIRA-CD/UC/HS, TRATAMIENTO INICIAL   | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (4 de EA por 28 días)                        |

\* = suministro solo para 30 días

Para conocer el significado de las abreviaturas, consulte a partir de la página 12.

Este formulario se actualizó por última vez el 9/2/2025.

| Nombre del medicamento  | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|---|--|---|
| HUMIRA, TRATAMIENTO INICIAL PARA NIÑOS DE 40 KG O MÁS CON COLITIS ULCEROSA (UC)                       | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (4 de EA por 28 días)                        |
| HUMIRA-PSORIASIS/UEVIT, TRATAMIENTO INICIAL   | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (4 de EA por 28 días)                        |
| <i>mercaptopurine, comprimidos, por vía oral</i>  | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <i>methotrexate sodium (pf), solución de 1 gm/40 ml, 250 mg/10 ml, 50 mg/2 ml, por vía inyectable</i> | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <i>methotrexate sodium, solución de 250 mg/10 ml, 50 mg/2 ml, por vía inyectable</i>                  | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <i>methotrexate sodium, solución reconstituida, por vía inyectable</i>                                | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <i>methotrexate sodium, por vía oral</i>  | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <i>mycophenolate mofetil, cápsulas, por vía oral</i>  | \$0 (nivel 2)                            | B/D   |
| <i>mycophenolate mofetil, suspensión reconstituida, por vía oral</i>                                  | 25 % (nivel 4)                           | B/D   |
| <i>mycophenolate mofetil, comprimidos, por vía oral</i>   | \$0 (nivel 2)                            | B/D   |
| <i>mycophenolate sodium</i>   | 25 % (nivel 4)                           | B/D   |
| MYHIBBIN  | 25 % (nivel 4)                           | B/D   |
| OTEZLA, COMPRIMIDOS DE 20 MG, POR VÍA ORAL  | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (60 de EA por 30 días)                       |
| OTEZLA, COMPRIMIDOS, TRATAMIENTO EN CAJA, POR VÍA ORAL  | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (55 de EA por 28 días)                       |
| PROGRAF, CAJA, POR VÍA ORAL   | 25 % (nivel 4)                           | B/D   |
| REZUROCK  | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (30 de EA por 30 días)                       |
| <i>sirolimus oral</i>   | 25 % (nivel 4)                           | B/D   |
| <i>tacrolimus, por vía oral</i>   | 25 % (nivel 3)                           | B/D   |
| TYENNE, POR VÍA SUBCUTÁNEA  | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (3.6 ML por 28 días)                         |
| XATMEP  | 25 % (nivel 4)                           | PA  |

\* = suministro solo para 30 días

Para conocer el significado de las abreviaturas, consulte a partir de la página 12.

Este formulario se actualizó por última vez el 9/2/2025.

| Nombre del medicamento  | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|---|--|---|
| XELJANZ XR, COMPRIMIDOS DE 22 MG, DE LIBERACIÓN PROLONGADA HASTA 24 HORAS, POR VÍA ORAL | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (30 de EA por 30 días)                       |
| <b>Vacunas</b>  |  |   |
| abrysvo   | 25 % (nivel 3)                           | QL (1 de EA por 365 días)                           |
| ACTHIB  | 25 % (nivel 3)                           |   |
| ADACEL  | 25 % (nivel 3)                           |   |
| arexvy  | 25 % (nivel 3)                           | QL (1 de EA por 720 días)                           |
| bcg, vacuna, solución reconstituida, por vía inyectable                                 | 25 % (nivel 3)                           |   |
| BEXSERO   | 25 % (nivel 3)                           |   |
| BOOSTRIX, SUSPENSIÓN DE 5-2.5-18.5 LF-MCG/0.5, POR VÍA INTRAMUSCULAR                    | 25 % (nivel 3)                           |   |
| BOOSTRIX, SUSPENSIÓN EN JERINGA PRECARGADA, POR VÍA INTRAMUSCULAR                       | 25 % (nivel 3)                           |   |
| DAPTACEL, SUSPENSIÓN DE 23-15-5, POR VÍA INTRAMUSCULAR                                  | 25 % (nivel 3)                           |   |
| DENGVAXIA   | 25 % (nivel 3)                           |   |
| ENGRIX-B, SUSPENSIÓN DE 20 MCG/ML, POR VÍA INYECTABLE                                   | 25 % (nivel 3)                           | B/D   |
| ENGRIX-B, SUSPENSIÓN EN JERINGA PRECARGADA, POR VÍA INYECTABLE                          | 25 % (nivel 3)                           | B/D   |
| GARDASIL 9  | 25 % (nivel 3)                           |   |
| HAVTRIX   | 25 % (nivel 3)                           |   |
| HEPLISAV-B, SOLUCIÓN EN JERINGA PRECARGADA, POR VÍA INTRAMUSCULAR                       | 25 % (nivel 3)                           | B/D   |
| HIBERIX, POR VÍA INYECTABLE   | 25 % (nivel 3)                           |   |
| IMOVAX RABIES, SUSPENSIÓN RECONSTITUIDA, POR VÍA INTRAMUSCULAR                          | 25 % (nivel 3)                           | B/D   |
| INFANRIX  | 25 % (nivel 3)                           |   |
| IPOL  | 25 % (nivel 3)                           |   |

\* = suministro solo para 30 días

Para conocer el significado de las abreviaturas, consulte a partir de la página 12.

Este formulario se actualizó por última vez el 9/2/2025.



| Nombre del medicamento   | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|--|--|---|
| IXCHIQ   | 25 % (nivel 3)                           | QL (1 de EA por 720 días)                           |
| IXIARO   | 25 % (nivel 3)                           |   |
| JYNNEOS  | 25 % (nivel 3)                           | B/D   |
| KINRIX, SUSPENSIÓN EN JERINGA PRECARGADA, POR VÍA INTRAMUSCULAR            | 25 % (nivel 3)                           |   |
| MENQUADFI, SOLUCIÓN, POR VÍA INTRAMUSCULAR                                 | 25 % (nivel 3)                           |   |
| MENVEO   | 25 % (nivel 3)                           |   |
| M-M-R II, POR VÍA INYECTABLE   | 25 % (nivel 3)                           |   |
| MRESVIA  | 25 % (nivel 3)                           | QL (0.5 ML por 720 días)                            |
| PEDIARIX, SUSPENSIÓN EN JERINGA PRECARGADA, POR VÍA INTRAMUSCULAR          | 25 % (nivel 3)                           |   |
| PEDVAX HIB, SUSPENSIÓN, POR VÍA INTRAMUSCULAR                              | 25 % (nivel 3)                           |   |
| PENBRAYA   | 25 % (nivel 3)                           | QL (2 de EA por 720 días)                           |
| <i>penmenvy</i>  | 25 % (nivel 3)                           | QL (2 de EA por 720 días)                           |
| PENTACEL   | 25 % (nivel 3)                           |   |
| PRIORIX  | 25 % (nivel 3)                           |   |
| PROQUAD, SUSPENSIÓN RECONSTITUIDA, POR VÍA SUBCUTÁNEA                      | 25 % (nivel 3)                           |   |
| QUADRACEL  | 25 % (nivel 3)                           |   |
| RABAVERT   | 25 % (nivel 3)                           | B/D   |
| RECOMBIVAX HB  | 25 % (nivel 3)                           | B/D   |
| ROTARIX, SUSPENSIÓN, POR VÍA ORAL  | 25 % (nivel 3)                           |   |
| ROTATEQ, SOLUCIÓN, POR VÍA ORAL  | 25 % (nivel 3)                           |   |
| SHINGRIX, SUSPENSIÓN RECONSTITUIDA DE 50 MCG/0.5 ML, POR VÍA INTRAMUSCULAR | 25 % (nivel 3)                           | QL (2 de EA por 999 días)                           |
| TENIVAC  | 25 % (nivel 3)                           |   |
| TICOVAC  | 25 % (nivel 3)                           |   |
| TRUMENBA   | 25 % (nivel 3)                           |   |

\* = suministro solo para 30 días

Para conocer el significado de las abreviaturas, consulte a partir de la página 12.

Este formulario se actualizó por última vez el 9/2/2025.



| Nombre del medicamento   | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|--|--|---|
| TWINRIX, SUSPENSIÓN EN JERINGA PRECARGADA, POR VÍA INTRAMUSCULAR                     | 25 % (nivel 3)                           |   |
| TIPHIM VI  | 25 % (nivel 3)                           |   |
| VAQTA  | 25 % (nivel 3)                           |   |
| VARIVAX, POR VÍA INYECTABLE  | 25 % (nivel 3)                           |   |
| VAXCHORA   | 25 % (nivel 3)                           |   |
| VIMKUNYA   | 25 % (nivel 3)                           |   |
| VIVOTIF  | 25 % (nivel 3)                           | QL (4 de EA por 720 días)                           |
| YF-VAX   | 25 % (nivel 3)                           |   |
| <b>Fármacos para tratar la enfermedad inflamatoria intestinal</b>                    |  |   |
| <b>Fármacos aminosalicilatos</b>   |  |   |
| <i>balsalazide disodium</i>  | 25 % (nivel 3)                           |   |
| <i>mesalamine, cápsulas de liberación prolongada hasta 24 horas, por vía oral</i>    | 25 % (nivel 3)                           |   |
| <i>mesalamine, cápsulas de liberación retardada, por vía oral</i>                    | 25 % (nivel 3)                           |   |
| <i>mesalamine, comprimidos de liberación retardada, por vía oral</i>                 | 25 % (nivel 4)                           |   |
| <i>mesalamine, por vía rectal</i>  | 25 % (nivel 4)                           |   |
| <i>sulfasalazine, por vía oral</i>   | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <b>Glucocorticoids</b>   |  |   |
| <i>budesonide, comprimidos de liberación prolongada hasta 24 horas, por vía oral</i> | 25 % (nivel 5)*                          | QL (30 de EA por 30 días)                           |
| <i>budesonide, por vía oral</i>  | 25 % (nivel 4)                           |   |
| <i>budesonide, espuma de 2 mg, por vía rectal</i>                                    | 25 % (nivel 4)                           |   |
| <i>hydrocortisone, enema, por vía rectal</i>   | 25 % (nivel 3)                           |   |
| <b>Fármacos para tratar las enfermedades metabólicas óseas</b>                       |  |   |
| <b>Fármacos para tratar las enfermedades metabólicas óseas</b>                       |  |   |
| <i>alendronate sodium, comprimidos de 10 mg, 35 mg, 5 mg, 70 mg, por vía oral</i>    | \$0 (nivel 1)                            |   |
| <i>calcitonin (salmon), por vía nasal</i>  | 25 % (nivel 3)                           |   |
| <i>calcitriol, cápsulas, por vía oral</i>  | \$0 (nivel 2)                            |   |

\* = suministro solo para 30 días

Para conocer el significado de las abreviaturas, consulte a partir de la página 12.

Este formulario se actualizó por última vez el 9/2/2025.

| Nombre del medicamento   | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|--|--|---|
| <i>cinacalcet hcl, comprimidos de 30 mg, 90 mg, por vía oral</i>                                     | 25 % (nivel 3)                           | B/D; QL (120 de EA por 30 días)                     |
| <i>cinacalcet hcl, comprimidos de 60 mg, por vía oral</i>  | 25 % (nivel 3)                           | B/D; QL (60 de EA por 30 días)                      |
| <i>doxercalciferol, por vía oral</i>   | 25 % (nivel 4)                           | B/D   |
| EVENITY  | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (2.34 ML por 30 días)                        |
| <i>ibandronate sodium, por vía oral</i>  | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <i>paricalcitol, por vía oral</i>  | 25 % (nivel 3)                           |   |
| PROLIA, SOLUCIÓN EN JERINGA PRECARGADA, POR VÍA SUBCUTÁNEA   | 25 % (nivel 4)                           | QL (1 ML por 180 días)                              |
| <i>risedronate sodium, comprimidos de 150 mg, por vía oral</i>                                       | 25 % (nivel 3)                           | QL (1 de EA por 28 días)                            |
| <i>risedronate sodium, comprimidos de 35 mg, 35 mg (caja de 12), 35 mg (caja de 4), por vía oral</i> | 25 % (nivel 3)                           | QL (4 de EA por 28 días)                            |
| <i>risedronate sodium, comprimidos de 5 mg, por vía oral</i>   | 25 % (nivel 3)                           | QL (30 de EA por 30 días)                           |
| TERIPARATIDE, SOLUCIÓN DE 560 MCG/2.24 ML, 620 MCG/2.48 ML EN PLUMA INYECTORA, POR VÍA SUBCUTÁNEA    | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (2.48 ML por 30 días)                        |
| XGEVA  | 25 % (nivel 5)*                          | PA  |
| YORVIPATH, SOLUCIÓN DE 168 MCG/0.56 ML EN PLUMA INYECTORA, POR VÍA SUBCUTÁNEA                        | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (1.12 ML por 28 días)                        |
| YORVIPATH, SOLUCIÓN DE 294 MCG/0.98 ML EN PLUMA INYECTORA, POR VÍA SUBCUTÁNEA                        | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (1.96 ML por 28 días)                        |
| YORVIPATH, SOLUCIÓN DE 420 MCG/1.4 ML EN PLUMA INYECTORA, POR VÍA SUBCUTÁNEA                         | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (2.8 ML por 28 días)                         |
| <i>zoledronic acid, concentrado, por vía intravenosa</i>   | 25 % (nivel 4)                           | B/D   |
| <i>zoledronic acid, solución, por vía intravenosa</i>  | 25 % (nivel 4)                           | B/D   |
| <b>Fármacos para tratamientos oftalmológicos</b>   |  |   |
| <b>Fármacos oftalmológicos análogos de prostaglandina y de prostamida</b>                            |  |   |

\* = suministro solo para 30 días

Para conocer el significado de las abreviaturas, consulte a partir de la página 12.

Este formulario se actualizó por última vez el 9/2/2025.

| Nombre del medicamento  | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|---|--|---|
| <i>bimatoprost, de uso oftálmico</i>  | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <i>latanoprost, de uso oftálmico</i>  | \$0 (nivel 2)                            |   |
| LUMIGAN, SOLUCIÓN AL 0.01 %, DE USO OFTÁLMICO                                       | 25 % (nivel 3)                           |   |
| RHOPRESSA   | 25 % (nivel 3)                           |   |
| <i>travoprost (sin bak)</i>   | 25 % (nivel 3)                           | ST  |
| <b>Fármacos para tratamientos oftalmológicos, otros</b>                             |  |   |
| artificial tears, solución al 0.5-0.6 %, de uso oftálmico                           | \$0 (MC)                                 |   |
| <i>atropine sulfate, solución al 1 %, de uso oftálmico</i>                          | 25 % (nivel 3)                           |   |
| <i>bacitra-neomycin-polymyxin-hc</i>  | \$0 (nivel 2)                            |   |
| CYSTADROPS  | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (20 ML por 30 días)                          |
| CYSTARAN  | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (60 ML por 28 días)                          |
| <i>dorzolamide hcl-timolol mal</i>  | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <i>dorzolamide hcl-timolol mal pf, solución al 2-0.5 %, de uso oftálmico</i>        | 25 % (nivel 4)                           |   |
| ft lubricant eye drops, solución al 0.5 %, de uso oftálmico                         | \$0 (MC)                                 |   |
| genteal severe  | \$0 (MC)                                 |   |
| genteal tears night-time  | \$0 (MC)                                 |   |
| gnp nighttime relief lub eye  | \$0 (MC)                                 |   |
| lubrifresh p.m.   | \$0 (MC)                                 |   |
| <i>neomycin-polymyxin-dexameth, ungüento, de uso oftálmico</i>                      | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <i>neomycin-polymyxin-dexameth, suspensión de 3.5-10000-0.1, de uso oftálmico</i>   | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <i>neomycin-polymyxin-gramicidin, solución de 1.75-10000-.025, de uso oftálmico</i> | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <i>neomycin-polymyxin-hc, suspensión de 3.5-10000-1, de uso oftálmico</i>           | 25 % (nivel 4)                           |   |
| <i>neo-polycin</i>  | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <i>neo-polycin hc</i>   | \$0 (nivel 2)                            |   |

\* = suministro solo para 30 días

Para conocer el significado de las abreviaturas, consulte a partir de la página 12.

Este formulario se actualizó por última vez el 9/2/2025.

| Nombre del medicamento   | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|--|--|---|
| OXERVATE   | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (28 ML por 30 días)                          |
| <i>polymyxin b-trimethoprim</i>  | \$0 (nivel 2)                            |   |
| polyvinyl alcoho, de uso oftálmico   | \$0 (MC)                                 |   |
| refresh celluvisc, gel, de uso oftálmico   | \$0 (MC)                                 |   |
| refresh lacri-lube   | \$0 (MC)                                 |   |
| refresh liquigel, gel, de uso oftálmico  | \$0 (MC)                                 |   |
| RESTASIS   | 25 % (nivel 3)                           | QL (60 de EA por 30 días)                           |
| RESTASIS MULTIDOSE, EMULSIÓN AL 0.05 %, DE USO OFTÁLMICO                           | 25 % (nivel 3)                           | QL (5.5 ML por 30 días)                             |
| ROCKLATAN  | 25 % (nivel 3)                           |   |
| <i>sulfacetamide-prednisolone, solución, de uso oftálmico</i>                      | \$0 (nivel 2)                            |   |
| systane night  | \$0 (MC)                                 |   |
| systane nighttime  | \$0 (MC)                                 |   |
| TOBRADEX, UNGÜENTO, DE USO OFTÁLMICO   | 25 % (nivel 4)                           |   |
| <i>tobramycin-dexamethasone</i>  | 25 % (nivel 3)                           |   |
| XDEMVY   | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (10 ML por 180 días)                         |
| <b>Colirios antialérgicos</b>  |  |   |
| <i>azelastine hcl, de uso oftálmico</i>  | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <i>cromolyn sodium, de uso oftálmico</i>   | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <i>epinastine hcl</i>  | 25 % (nivel 4)                           |   |
| ketotifen fumarate, solución al 0.035 %, de uso oftálmico                          | \$0 (MC)                                 |   |
| zaditor, solución al 0.035 %, de uso oftálmico                                     | \$0 (MC)                                 | PA  |
| <b>Fármacos antiinfecciosos oftálmicos</b>   |  |   |
| AZASITE  | 25 % (nivel 4)                           |   |
| <i>bacitracin, de uso oftálmico</i>  | 25 % (nivel 3)                           | QL (7 GM por 30 días)                               |
| <i>bacitracin-polymyxin b, ungüento de 500-10000 unidades/gm, de uso oftálmico</i> | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <i>erythromycin, de uso oftálmico</i>  | \$0 (nivel 2)                            | QL (21 GM por 30 días)                              |
| <i>gatifloxacin, de uso oftálmico</i>  | 25 % (nivel 4)                           |   |

\* = suministro solo para 30 días

Para conocer el significado de las abreviaturas, consulte a partir de la página 12.

Este formulario se actualizó por última vez el 9/2/2025.

| Nombre del medicamento   | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|--|--|---|
| <i>gentamicin sulfate, solución, de uso oftálmico</i>                            | \$0 (nivel 2)                            | QL (30 ML por 30 días)                              |
| <i>levofloxacin, solución al 1.5 %, de uso oftálmico</i>                         | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <i>moxifloxacin hcl, solución, de uso oftálmico</i>                              | 25 % (nivel 3)                           | QL (12 ML por 30 días)                              |
| NATACYN  | 25 % (nivel 4)                           |   |
| <i>neomycin-bacitracin zn-polymyx, ungüento de 5-400-10000, de uso oftálmico</i> | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <i>ofloxacin, de uso oftálmico</i>   | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <i>polycin</i>   | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <i>sulfacetamide sodium, de uso oftálmico</i>                                    | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <i>tobramycin, de uso oftálmico</i>  | \$0 (nivel 2)                            | QL (30 ML por 30 días)                              |
| <i>trifluridine, de uso oftálmico</i>  | 25 % (nivel 3)                           |   |
| ZIRGAN   | 25 % (nivel 3)                           |   |
| <b>Antiinflamatorios oftálmicos</b>  |  |   |
| <i>bromfenac sodium, una dosis diaria</i>  | 25 % (nivel 4)                           |   |
| <i>dexamethasone sodium phosphate, de uso oftálmico</i>                          | \$0 (nivel 2)                            | QL (30 ML por 30 días)                              |
| <i>diclofenac sodium, de uso oftálmico</i>                                       | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <i>difluprednate</i>   | 25 % (nivel 3)                           | ST  |
| <i>fluorometholone, de uso oftálmico</i>   | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <i>flurbiprofen sodium</i>   | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <i>ketorolac tromethamine, solución al 0.4 %, de uso oftálmico</i>               | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <i>ketorolac tromethamine, solución al 0.5 %, de uso oftálmico</i>               | \$0 (nivel 2)                            | QL (20 ML por 30 días)                              |
| <i>loteprednol etabonate, gel, de uso oftálmico</i>                              | 25 % (nivel 3)                           | ST  |
| <i>loteprednol etabonate, suspensión al 0.5 %, de uso oftálmico</i>              | 25 % (nivel 3)                           | ST  |
| <i>prednisolone acetate, de uso oftálmico</i>                                    | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <i>prednisolone sodium phosphate, de uso oftálmico</i>                           | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <b>Fármacos bloqueadores beta adrenérgicos de uso oftálmico</b>                  |  |   |

\* = suministro solo para 30 días

Para conocer el significado de las abreviaturas, consulte a partir de la página 12.

Este formulario se actualizó por última vez el 9/2/2025.

| Nombre del medicamento  | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|---|--|---|
| <i>betaxolol hcl, de uso oftálmico</i>                              | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <i>carteolol hcl</i>  | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <i>levobunolol hcl, solución al 0.5 %, de uso oftálmico</i>         | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <i>timolol maleate, solución gelificante, de uso oftálmico</i>      | 25 % (nivel 4)                           |   |
| <i>timolol maleate, solución, de uso oftálmico</i>                  | \$0 (nivel 1)                            |   |
| <b>Fármacos hipotensores oculares, otros</b>                        |  |   |
| <i>acetazolamide, de liberación prolongada</i>                      | 25 % (nivel 3)                           |   |
| ALPHAGAN P, SOLUCIÓN AL 0.1 %, DE USO OFTÁLMICO                     | 25 % (nivel 3)                           |   |
| <i>apraclonidine hcl</i>  | 25 % (nivel 3)                           |   |
| <i>brimonidine tartrate, solución al 0.2 %, de uso oftálmico</i>    | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <i>brinzolamide</i>   | 25 % (nivel 4)                           |   |
| COMBIGAN  | 25 % (nivel 3)                           |   |
| <i>dorzolamide hcl, de uso oftálmico</i>                            | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <i>methazolamide, por vía oral</i>                                  | 25 % (nivel 4)                           |   |
| <i>pilocarpine hcl, solución al 1 %, 2 %, 4 %, de uso oftálmico</i> | 25 % (nivel 3)                           |   |
| SIMBRINZA   | 25 % (nivel 4)                           |   |
| <b>Fármacos para tratar infecciones óticas</b>                      |  |   |
| <b>Fármacos para tratar infecciones óticas</b>                      |  |   |
| <i>acetic acid, de uso ótico</i>                                    | \$0 (nivel 2)                            |   |
| CIPRO HC  | 25 % (nivel 4)                           |   |
| <i>ciprofloxacin-dexamethasone</i>                                  | 25 % (nivel 3)                           | QL (7.5 ML por 30 días)                             |
| <i>fluocinolone acetonide, de uso ótico</i>                         | 25 % (nivel 3)                           |   |
| <i>hydrocortisone-acetic acid</i>                                   | 25 % (nivel 4)                           |   |
| <i>neomycin-polymyxin-hc, solución al 1 %, de uso ótico</i>         | 25 % (nivel 3)                           |   |
| <i>neomycin-polymyxin-hc, suspensión, de uso ótico</i>              | 25 % (nivel 3)                           |   |
| <i>ofloxacin, de uso ótico</i>                                      | \$0 (nivel 2)                            |   |

\* = suministro solo para 30 días

Para conocer el significado de las abreviaturas, consulte a partir de la página 12.

Este formulario se actualizó por última vez el 9/2/2025.



| Nombre del medicamento  | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|---|--|---|
| <b>Fármacos para tratar problemas pulmonares y del aparato respiratorio</b> |  |   |
| <b>Antihistamínicos</b>   |  |   |
| ala-hist ir   | \$0 (MC)                                 |   |
| allergy childrens, suspensión, por vía oral                                 | \$0 (MC)                                 |   |
| <i>azelastine hcl, solución al 0.1 %, por vía nasal</i>                     | 25 % (nivel 3)                           |   |
| cetirizine hcl childrens, solución de 5 mg/5 ml, por vía oral               | \$0 (MC)                                 | PA  |
| cetirizine hcl, solución de 1 mg/ml, por vía oral                           | \$0 (MC)                                 |   |
| cetirizine hcl, comprimidos, por vía oral                                   | \$0 (MC)                                 |   |
| cetirizine hcl, comprimidos masticables, por vía oral                       | \$0 (MC)                                 | PA  |
| childrens loratadine, solución, por vía oral                                | \$0 (MC)                                 |   |
| <i>cyproheptadine hcl, comprimidos, por vía oral</i>                        | 25 % (nivel 4)                           |   |
| <i>desloratadine, comprimidos, por vía oral</i>                             | 25 % (nivel 3)                           |   |
| <i>desloratadine, comprimidos dispersables de 2.5 mg, por vía oral</i>      | 25 % (nivel 3)                           |   |
| diphenhydramine hcl childrens   | \$0 (MC)                                 |   |
| diphenhydramine hcl, cápsulas, por vía oral                                 | \$0 (MC)                                 |   |
| diphenhydramine hcl, comprimidos de 25 mg, por vía oral                     | \$0 (MC)                                 |   |
| ed chlorped jr  | \$0 (MC)                                 |   |
| fexofenadine hcl, comprimidos de 180 mg, 60 mg, por vía oral                | \$0 (MC)                                 |   |
| ft allergy relief, comprimidos masticables, por vía oral                    | \$0 (MC)                                 |   |
| gnp allergy relief, comprimidos de 4 mg, por vía oral                       | \$0 (MC)                                 |   |
| histex, jarabe, por vía oral  | \$0 (MC)                                 |   |
| <i>hydroxyzine hcl, comprimidos, por vía oral</i>                           | 25 % (nivel 4)                           |   |
| <i>levocetirizine dihydrochloride, comprimidos, por vía oral</i>            | \$0 (nivel 2)                            |   |

\* = suministro solo para 30 días

Para conocer el significado de las abreviaturas, consulte a partir de la página 12.

Este formulario se actualizó por última vez el 9/2/2025.

| Nombre del medicamento  | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|---|--|---|
| loratadine, comprimidos, por vía oral   | \$0 (MC)                                 |   |
| loratadine, comprimidos dispersables de 10 mg, por vía oral                               | \$0 (MC)                                 |   |
| <i>olopatadine hcl, por vía nasal</i>   | \$0 (nivel 2)                            | QL (30.5 GM por 30 días)                            |
| pediavent, jarabe, por vía oral   | \$0 (MC)                                 |   |
| triprolidine hcl, líquido de 0.625 mg/ml, 0.938 mg/ml, por vía oral                       | \$0 (MC)                                 |   |
| <b>Antiinflamatorios, corticoides inhalados</b>   |  |   |
| allergy relief, por vía nasal   | \$0 (MC)                                 | PA  |
| ARNUITY ELLIPTA   | 25 % (nivel 3)                           | QL (30 de EA por 30 días); NE                       |
| <i>budesonide, suspensión de 0.25 mg/2 ml, 0.5 mg/2 ml, por inhalación</i>                | 25 % (nivel 3)                           | B/D   |
| <i>budesonide, suspensión de 1 mg/2 ml, por inhalación</i>                                | 25 % (nivel 4)                           | B/D   |
| budesonide, por vía nasal   | \$0 (MC)                                 | PA  |
| <i>flunisolide, solución de 25 mcg/act (0.025 %), por vía nasal</i>                       | 25 % (nivel 3)                           |   |
| <i>fluticasone propionate, por vía nasal</i>  | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <i>mometasone furoate, por vía nasal</i>  | 25 % (nivel 4)                           |   |
| QVAR REDHALER   | 25 % (nivel 3)                           | QL (21.2 GM por 30 días); NE                        |
| <b>Fármacos antileucotrienos</b>  |  |   |
| <i>montelukast sodium, caja, por vía oral</i>   | 25 % (nivel 4)                           |   |
| <i>montelukast sodium, comprimidos, por vía oral</i>                                      | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <i>montelukast sodium, tabletas masticables, por vía oral</i>                             | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <i>zafirlukast</i>  | 25 % (nivel 3)                           |   |
| <b>Broncodilatadores, anticolinérgicos</b>  |  |   |
| ATROVENT HFA  | 25 % (nivel 3)                           |   |
| INCRUSE ELLIPTA, POLVO DE AEROSOL ACTIVADO CON EL ALIENTO DE 62.5 MCG/ACT, POR INHALACIÓN | 25 % (nivel 3)                           | QL (30 de EA por 30 días)                           |

\* = suministro solo para 30 días

Para conocer el significado de las abreviaturas, consulte a partir de la página 12.

Este formulario se actualizó por última vez el 9/2/2025.

| Nombre del medicamento   | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|--|--|---|
| <i>ipratropium bromide, por inhalación</i>   | \$0 (nivel 2)                            | B/D   |
| <i>ipratropium bromide, por vía nasal</i>  | \$0 (nivel 2)                            |   |
| SPIRIVA RESPIMAT   | 25 % (nivel 3)                           | QL (4 GM por 30 días)                               |
| <b>Broncodilatadores, simpaticomiméticos</b>   |  |   |
| <i>albuterol sulfate hfa, solución en aerosol de 108 (90 como base) mcg/act, por inhalación</i>  | \$0 (nivel 2)                            | QL (17 GM por 30 días)                              |
| <i>albuterol sulfate hfa, solución en aerosol de 108 (90 como base) mcg/act (nda020503), por inhalación</i>                              | \$0 (nivel 2)                            | QL (13.4 GM por 30 días)                            |
| <i>albuterol sulfate hfa, solución en aerosol de 108 (90 como base) mcg/act (nda020983), por inhalación</i>                              | \$0 (nivel 2)                            | QL (36 GM por 30 días)                              |
| <i>albuterol sulfate, solución para nebulizador de (2.5 mg/3 ml) 0.083 %, 0.63 mg/3 ml, 1.25 mg/3 ml, 2.5 mg/0.5 ml, por inhalación</i>  | \$0 (nivel 2)                            | B/D   |
| <i>albuterol sulfate, jarabe de 2 mg/5 ml, por vía oral</i>  | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <i>albuterol sulfate, comprimidos, por vía oral</i>  | 25 % (nivel 4)                           |   |
| <i>arformoterol tartrate</i>   | 25 % (nivel 4)                           | B/D   |
| BREO ELLIPTA, POLVO DE AEROSOL ACTIVADO CON EL ALIENTO, DE 100-25 MCG/ACT, 200-25 MCG/ACT, POR INHALACIÓN                                | 25 % (nivel 3)                           | QL (60 de EA por 30 días)                           |
| <i>breo ellipta, polvo de aerosol activado con el aliento, de 50-25 mcg/inh, por inhalación</i>  | 25 % (nivel 3)                           | QL (60 de EA por 30 días)                           |
| <i>brey-na</i>   | \$0 (nivel 2)                            | QL (10.3 GM por 30 días)                            |
| DULERA   | 25 % (nivel 3)                           | QL (13 GM por 30 días)                              |
| <i>epinephrine, solución en pluma autoinyectora de 0.15 mg/0.3 ml, 0.3 mg/0.3 ml, por vía inyectable</i>                                 | 25 % (nivel 3)                           | QL (4 de EA por 30 días)                            |
| <i>fluticasone-salmeterol, polvo de aerosol activado con el aliento de 113-14 mcg/act, 232-14 mcg/act, 55-14 mcg/act, por inhalación</i> | \$0 (nivel 2)                            | QL (1 de EA por 30 días)                            |
| <i>levalbuterol hcl, por inhalación</i>  | 25 % (nivel 4)                           | B/D   |
| <i>levalbuterol tartrate</i>   | 25 % (nivel 4)                           | QL (30 GM por 30 días)                              |

\* = suministro solo para 30 días

Para conocer el significado de las abreviaturas, consulte a partir de la página 12.

Este formulario se actualizó por última vez el 9/2/2025.

| Nombre del medicamento  | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|---|--|---|
| STRIVERDI RESPIMAT  | 25 % (nivel 3)                           | QL (4 GM por 30 días)                               |
| <i>terbutaline sulfate, por vía oral</i>  | 25 % (nivel 4)                           |   |
| VENTOLIN HFA  | 25 % (nivel 3)                           | QL (36 GM por 30 días)                              |
| <b>Fármacos para tratar la fibrosis quística</b>  |  |   |
| CAYSTON   | 25 % (nivel 5)*                          | PA; LA  |
| KALYDECO  | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (56 de EA por 28 días)                       |
| ORKAMBI, CAJA, POR VÍA ORAL   | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (60 de EA por 30 días)                       |
| ORKAMBI, COMPRIMIDOS, POR VÍA ORAL  | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (120 de EA por 30 días)                      |
| PULMOZYME, SOLUCIÓN DE 2.5 MG/2.5 ML, POR INHALACIÓN  | 25 % (nivel 5)*                          | B/D   |
| SYMDEKO   | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (60 de EA por 30 días)                       |
| <i>tobramycin, solución para nebulizador de 300 mg/5 ml, por inhalación</i>                                       | 25 % (nivel 5)*                          | B/D   |
| TRIKAFTA, CAJA DE COMPRIMIDOS, POR VÍA ORAL   | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (84 de EA por 28 días)                       |
| TRIKAFTA, CAJA, POR VÍA ORAL  | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (56 de EA por 28 días)                       |
| <b>Estabilizadores de mastocitos</b>  |  |   |
| cromolyn sodium nasal, por vía nasal  | \$0 (MC)                                 |   |
| <b>Inhibidores de la fosfodiesterasa, enfermedad de las vías respiratorias</b>                                    |  |   |
| <i>roflumilast</i>  | 25 % (nivel 4)                           | QL (30 de EA por 30 días)                           |
| <i>theophylline, comprimidos de 100 mg, 200 mg, 300 mg, de liberación prolongada hasta 12 horas, por vía oral</i> | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <i>theophylline, comprimidos de liberación prolongada hasta 24 horas, por vía oral</i>                            | \$0 (nivel 2)                            |   |
| <b>Fármacos antihipertensores pulmonares</b>  |  |   |
| ADEMPAS   | 25 % (nivel 5)*                          | PA; LA; QL (90 de EA por 30 días)                   |
| <i>ambrisentan</i>  | 25 % (nivel 5)*                          | PA; LA; QL (30 de EA por 30 días)                   |

\* = suministro solo para 30 días

Para conocer el significado de las abreviaturas, consulte a partir de la página 12.

Este formulario se actualizó por última vez el 9/2/2025.

| Nombre del medicamento   | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|--|--|---|
| <i>bosentan, comprimidos, por vía oral</i>   | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (60 de EA por 30 días)                       |
| OPSUMIT  | 25 % (nivel 5)*                          | PA; LA; QL (30 de EA por 30 días)                   |
| OPSYNVI  | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (30 de EA por 30 días)                       |
| ORENITRAM, MES 1   | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (168 de EA por 28 días)                      |
| ORENITRAM, MES 2   | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (336 de EA por 28 días)                      |
| ORENITRAM, MES 3   | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (252 de EA por 28 días)                      |
| ORENITRAM, COMPRIMIDOS DE 0.125 MG DE LIBERACIÓN PROLONGADA, POR VÍA ORAL                    | 25 % (nivel 4)                           | PA  |
| ORENITRAM, COMPRIMIDOS DE 0.25 MG, 1 MG, 2.5 MG, 5 MG DE LIBERACIÓN PROLONGADA, POR VÍA ORAL | 25 % (nivel 5)*                          | PA  |
| <i>sildenafil citrate, comprimidos de 20 mg, por vía oral</i>                                | 25 % (nivel 3)                           | PA; QL (90 de EA por 30 días)                       |
| <i>tadalafil (pah)</i>   | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (60 de EA por 30 días)                       |
| WINREVAIR  | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (1 de EA por 21 días)                        |
| <b>Fármacos para tratar la fibrosis pulmonar</b>   |  |   |
| OFEV   | 25 % (nivel 5)*                          | PA; LA; QL (60 de EA por 30 días)                   |
| <i>pirfenidone, cápsulas, por vía oral</i>   | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (270 de EA por 30 días)                      |
| <i>pirfenidone, comprimidos de 267 mg, por vía oral</i>                                      | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (270 de EA por 30 días)                      |
| <i>pirfenidone, comprimidos de 801 mg, por vía oral</i>                                      | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (90 de EA por 30 días)                       |
| <b>Fármacos para tratar problemas del aparato respiratorio, otros</b>                        |  |   |
| <i>acetylcysteine, por inhalación</i>  | 25 % (nivel 3)                           | B/D   |
| ADVAIR HFA   | 25 % (nivel 3)                           | QL (12 GM por 30 días)                              |

\* = suministro solo para 30 días

Para conocer el significado de las abreviaturas, consulte a partir de la página 12.

Este formulario se actualizó por última vez el 9/2/2025.

| Nombre del medicamento  | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|---|--|---|
| ANORO ELLIPTA, POLVO DE AEROSOL ACTIVADO CON EL ALIENTO DE 62.5-25 MCG/ACT, POR INHALACIÓN  | 25 % (nivel 3)                           | QL (60 de EA por 30 días)                           |
| BREZTRI AEROSPHERE  | 25 % (nivel 3)                           | QL (10.7 GM por 30 días)                            |
| <i>budesonide-formoterol fumarate</i>   | \$0 (nivel 2)                            | QL (10.2 GM por 30 días)                            |
| COMBIVENT RESPIMAT  | 25 % (nivel 3)                           | QL (4 GM por 20 días); NE                           |
| <i>cromolyn sodium, por inhalación</i>  | 25 % (nivel 3)                           | B/D   |
| FASENRA, PLUMA  | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (1 ML por 30 días)                           |
| FASENRA, SOLUCIÓN DE 30 MG/ML EN JERINGA PRECARGADA, POR VÍA SUBCUTÁNEA   | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (1 ML por 30 días)                           |
| <i>fluticasone-salmeterol, polvo de aerosol activado con el aliento de 100-50 mcg/act, 250-50 mcg/act, 500-50 mcg/act, por inhalación</i> | \$0 (nivel 2)                            | QL (60 de EA por 30 días)                           |
| <i>ipratropium-albuterol, solución de 0.5-2.5 (3) mg/3 ml, por inhalación</i>   | \$0 (nivel 2)                            | B/D   |
| STIOLTO RESPIMAT  | 25 % (nivel 3)                           | QL (4 GM por 30 días)                               |
| TRELEGY ELLIPTA, POLVO DE AEROSOL ACTIVADO CON EL ALIENTO DE 100-62.5-25 MCG/ACT, 200-62.5-25 MCG/ACT, POR INHALACIÓN                     | 25 % (nivel 3)                           | QL (60 de EA por 30 días)                           |
| <i>wixela inhub, polvo de aerosol activado con el aliento, de 100-50 mcg/act, 250-50 mcg/act, 500-50 mcg/act</i>                          | \$0 (nivel 2)                            | QL (60 de EA por 30 días)                           |
| <b>Relajantes musculoesqueléticos</b>   |  |   |
| <b>Relajantes musculoesqueléticos</b>   |  |   |
| <i>cyclobenzaprine hcl, comprimidos de 10 mg, 5 mg, por vía oral</i>  | 25 % (nivel 4)                           |   |
| <i>methocarbamol, comprimidos de 500 mg, 750 mg, por vía oral</i>   | 25 % (nivel 4)                           |   |
| <b>Fármacos para tratar los trastornos del sueño</b>  |  |   |
| <b>Fármacos inductores al sueño</b>   |  |   |
| <i>eszopiclone</i>  | 25 % (nivel 4)                           | QL (30 de EA por 30 días)                           |
| <i>ramelteon</i>  | 25 % (nivel 4)                           |   |

\* = suministro solo para 30 días

Para conocer el significado de las abreviaturas, consulte a partir de la página 12.

Este formulario se actualizó por última vez el 9/2/2025.

| Nombre del medicamento   | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|--|--|---|
| <i>tasimelteon</i>   | 25 % (nivel 5)*                          | PA; QL (30 de EA por 30 días)                       |
| <i>temazepam, cápsulas de 15 mg, 30 mg, por vía oral</i>         | 25 % (nivel 3)                           | QL (30 de EA por 30 días)                           |
| <i>triazolam</i>   | 25 % (nivel 4)                           | QL (10 de EA por 30 días)                           |
| <i>zaleplon</i>  | 25 % (nivel 4)                           | QL (30 de EA por 30 días)                           |
| <i>zolpidem tartrate, de liberación prolongada</i>               | 25 % (nivel 4)                           | QL (30 de EA por 30 días)                           |
| <i>zolpidem tartrate, comprimidos, por vía oral</i>              | 25 % (nivel 4)                           | QL (30 de EA por 30 días)                           |
| <b>Fármacos promotores de la vigilia</b>                         |  |   |
| <i>armodafinil</i>   | 25 % (nivel 3)                           | PA; QL (30 de EA por 30 días)                       |
| <i>modafinil, por vía oral</i>                                   | 25 % (nivel 4)                           | PA; QL (60 de EA por 30 días)                       |
| SODIUM OXYBATE   | 25 % (nivel 5)*                          | PA; LA; QL (540 ML por 30 días)                     |
| <b>Fármacos para la pérdida o el aumento de peso</b>             |  |   |
| <b>Combinaciones de anorexígenos</b>                             |  |   |
| phentermine-topiramate, de liberación prolongada                 | \$0 (MC)                                 | PA  |
| <b>Anorexígenos</b>  |  |   |
| adipex-p, comprimidos, por vía oral                              | \$0 (MC)                                 | PA  |
| benzphetamine hcl, comprimidos de 50 mg, por vía oral            | \$0 (MC)                                 | PA  |
| diethylpropion hcl er  | \$0 (MC)                                 | PA  |
| diethylpropion hcl, por vía oral                                 | \$0 (MC)                                 | PA  |
| lomaira  | \$0 (MC)                                 | PA  |
| phendimetrazine tartrate   | \$0 (MC)                                 | PA  |
| phendimetrazine tartrate, de liberación prolongada               | \$0 (MC)                                 | PA  |
| phentermina hcl, por vía oral                                    | \$0 (MC)                                 | PA  |
| <b>Antiobesidad: agentes reductores de la absorción de grasa</b> |  |   |
| orlistat, por vía oral   | \$0 (MC)                                 | PA; QL (90 de EA por 30 días)                       |

\* = suministro solo para 30 días

Para conocer el significado de las abreviaturas, consulte a partir de la página 12.

Este formulario se actualizó por última vez el 9/2/2025.



| Nombre del medicamento  | Cuánto le costará el medicamento (nivel) | Acciones necesarias, restricciones o límites de uso |
|---|--|---|
| xenical   | \$0 (MC)                                 | PA; QL (90 de EA por 30 días)                       |
| <b>Antiobesidad: agonistas del receptor del péptido-1 similar al glucagón (Glp-1)</b>                     |  |   |
| saxenda   | \$0 (MC)                                 | PA; QL (15 ML por 30 días)                          |
| wegovy, solución en pluma autoinyectora de 0.25 mg/0.5 ml, 0.5 mg/0.5 ml, 1 mg/0.5 ml, por vía subcutánea | \$0 (MC)                                 | PA; QL (2 ML por 28 días)                           |
| wegovy, solución en pluma autoinyectora de 1.7 mg/0.75 ml, 2.4 mg/0.75 ml, por vía subcutánea             | \$0 (MC)                                 | PA; QL (3 ML por 28 días)                           |
| zepbound, solución, por vía subcutánea  | \$0 (MC)                                 | PA; QL (2 ML por 28 días)                           |

\* = suministro solo para 30 días

Para conocer el significado de las abreviaturas, consulte a partir de la página 12.

Este formulario se actualizó por última vez el 9/2/2025.

## D. Índice de medicamentos con cobertura

En esta sección, puede encontrar un medicamento al realizar una búsqueda alfabética por su nombre. Esto le indicará el número de página donde encontrará información adicional sobre la cobertura de su medicamento.

|  |        |  |        |   |          |
|--|--------|--|--------|---|----------|
| <i>abacavir sulfate</i> .....                                  | 59     | <i>allergy childrens</i> .....   | 121    | ARIKAYCE .....  | 22       |
| <i>abacavir sulfate-lamivudine</i> ..                          | 59     | <i>allergy relief</i> .....  | 122    | <i>aripiprazole</i> .....   | 53       |
| ABELCET .....  | 35     | <i>allopurinol</i> .....   | 37     | <i>armodafinil</i> .....  | 127      |
| <i>abilify asimtufig</i> .....                                 | 52     | <i>alosetron hcl</i> .....   | 96     | ARMOUR THYROID .....  | 105      |
| ABILIFY MAINTENA .....   | 53     | ALPHAGAN P .....   | 120    | ARNUITY ELLIPTA .....   | 122      |
| <i>abiraterone acetate</i> .....                               | 39     | <i>alprazolam</i> .....  | 61     | artificial tears .....  | 117      |
| ABIRTEGA .....   | 39     | <i>altavera</i> .....  | 104    | <i>asenapine maleate</i> .....  | 53       |
| <i>abrysvo</i> .....   | 113    | aluminum hydroxide gel .....   | 96     | aspirin .....   | 16       |
| <i>acamprosate calcium</i> .....                               | 21     | ALUNBRIG .....   | 43     | aspirin low dose .....  | 70       |
| <i>acarbose</i> .....  | 62     | <i>alyacen 1/35</i> .....  | 104    | <i>aspirin-dipyridamole, de</i><br><i>liberación prolongada</i> ..... | 70       |
| <i>acebutolol hcl</i> .....                                    | 74     | <i>amantadine hcl</i> .....  | 51     | <i>assure id</i> .....  | 65       |
| acetaminophen .....  | 16     | <i>ambrisentan</i> .....   | 124    | ASTAGRAF XL .....   | 110      |
| acetaminophen childrens .....                                  | 16     | <i>amikacin sulfate</i> .....  | 21     | <i>atazanavir sulfate</i> .....                                       | 60       |
| acetaminophen extra strength<br>.....                          | 16     | <i>amiloride hcl</i> .....   | 78     | <i>atenolol</i> .....   | 74, 76   |
| acetaminophen, de liberación<br>prolongada .....               | 16     | <i>amiloride-hydrochlorothiazide</i> ..                                      | 75     | <i>atenolol-chlorthalidone</i> .....                                  | 76       |
| <i>acetaminophen-codeine</i> .                                 | 18, 19 | <i>amiodarone hcl</i> .....  | 73     | <i>atomoxetine hcl</i> .....  | 82       |
| acetaminophen-ibuprofen .....                                  | 17     | <i>amitriptyline hcl</i> .....   | 34     | <i>atorvastatin calcium</i> .....                                     | 79       |
| <i>acetazolamide</i> .....                                     | 75     | <i>amlodipine besy-benazepril hcl</i><br>.....                               | 75, 76 | <i>atovaquone</i> .....   | 50       |
| <i>acetazolamide, de liberación</i><br><i>prolongada</i> ..... | 120    | <i>amlodipine besylate</i> .....   | 75     | <i>atovaquone-proguanil hcl</i> .....                                 | 50       |
| <i>acetic acid</i> .....                                       | 120    | <i>amlodipine besylate-valsartan</i><br>.....                                | 76     | <i>atropine sulfate</i> .....   | 117      |
| <i>acetylcysteine</i> .....                                    | 125    | <i>amlodipine-olmesartan</i> .....   | 76     | ATROVENT HFA .....  | 122      |
| acid gone .....  | 96     | <i>ammonium lactate</i> .....  | 86     | AUGTYRO .....   | 43       |
| acid reducer complete .....                                    | 97     | <i>amnestem</i> .....  | 85     | AUROVELA 24 FE .....  | 102      |
| <i>acitretin</i> .....   | 85     | AMNESTEEM .....  | 85     | AUSTEDO .....   | 83       |
| ACTHAR .....   | 100    | <i>amoxapine</i> .....   | 34     | AUSTEDO XR .....  | 83       |
| ACTHIB .....   | 113    | <i>amoxicillin</i> .....   | 24, 25 | AUSTEDO XR, PARA AJUSTE<br>DE DOSIS DEL PACIENTE<br>.....             | 83       |
| ACTIMMUNE .....  | 109    | <i>amoxicillin-pot clavulanate</i> ..  | 25     | AUVELITY .....  | 32       |
| <i>acyclovir</i> .....   | 57, 89 | <i>amoxicillin-pot clavulanate, de</i><br><i>liberación prolongada</i> ..... | 25     | <i>aviane</i> .....   | 102      |
| <i>acyclovir sodium</i> .....                                  | 57     | <i>amphetamine-dextroamphet</i> .  | 81     | AVMAPKI FAKZYNJA, CAJA<br>COMBINADA .....                             | 40       |
| ADACEL .....   | 113    | <i>amphetamine-</i><br><i>dextroamphetamine</i> .....                        | 81     | AVONEX PEN .....  | 84       |
| <i>adalimumab-adaz</i> .....                                   | 110    | <i>amphotericin b</i> .....  | 36     | AVONEX, KIT DE JERINGA .  | 84       |
| adapalene .....  | 85     | <i>amphotericin b liposome</i> .....   | 36     | AYVAKIT .....   | 43       |
| <i>adefovir dipivoxil</i> .....                                | 57     | <i>ampicillin</i> .....  | 25     | AZASITE .....   | 118      |
| ADEMPAS .....  | 124    | <i>ampicillin sodium</i> .....   | 25     | <i>azathioprine</i> .....   | 110      |
| adipex-p .....   | 127    | <i>ampicillin-sulbactam sodium</i> .   | 25     | <i>azelaic acid</i> .....   | 85       |
| ADVAIR HFA .....   | 125    | AMVUTTRA .....   | 98     | <i>azelastine hcl</i> .....   | 118, 121 |
| AIMOVIG .....  | 37     | <i>anagrelide hcl</i> .....  | 69     | <i>azithromycin</i> .....   | 26       |
| AKEEGA .....   | 43     | <i>anastrozole</i> .....   | 43     | <i>aztreonam</i> .....  | 22       |
| ala-hist ir .....  | 121    | ANORO ELLIPTA .....  | 126    | <i>bacitracin</i> .....   | 118      |
| <i>albendazole</i> .....                                       | 50     | antiacid ultra strength .....  | 97     | <i>bacitracin-polymyxin b</i> .....                                   | 118      |
| <i>albuterol sulfate</i> .....                                 | 123    | <i>apraclonidine hcl</i> .....   | 120    | <i>bacitra-neomycin-polymyxin-hc</i><br>.....                         | 117      |
| <i>albuterol sulfate hfa</i> .....                             | 123    | <i>aprepitant</i> .....  | 35     | <i>baclofen</i> .....   | 56       |
| <i>alclometasone dipropionate</i> ..                           | 86     | <i>apri</i> .....  | 102    | bacmin .....  | 93       |
| ALECENSA .....   | 43     | APTIVUS .....  | 60     | <i>balsalazide disodium</i> .....                                     | 115      |
| <i>alendronate sodium</i> .....                                | 115    | ARCALYST .....   | 107    | BALVERSA .....  | 43       |
| <i>alfuzosin hcl, de liberación</i><br><i>prolongada</i> ..... | 100    | <i>arexvy</i> .....  | 113    | BAQSIMI, CAJA CON DOS   |          |
| <i>aliskiren fumarate</i> .....                                | 75     | <i>arformoterol tartrate</i> .....   | 123    |   |          |

|                                       |         |   |               |  |        |
|---------------------------------------|---------|---|---------------|--|--------|
| DISPOSITIVOS.....                     | 64      | BLISOVI 24 FE .....                     | 102           | <i>cartia xt</i> .....                 | 75     |
| BAQSIMI, CAJA CON UN                  |         | BOOSTRIX .....                          | 113           | <i>carvedilol</i> .....                | 74     |
| DISPOSITIVO .....                     | 64      | <i>bosentan</i> .....                   | 125           | <i>carvedilol phosphate, de</i>        |        |
| <i>bcbg, vacuna</i> .....             | 113     | BOSULIF .....                           | 43            | <i>liberación prolongada</i> .....     | 74     |
| <i>bd autoshield duo</i> .....        | 65      | bp vit 3 .....                          | 93            | <i>caspofungin acetate</i> .....       | 36     |
| <i>bd micro u/f, aguja para pluma</i> |         | BRAFTOVI.....                           | 43            | CAYSTON.....                           | 124    |
| .....                                 | 65      | <i>breo ellipta</i> .....               | 123           | <i>cefaclor</i> .....                  | 23     |
| <i>bd micro ultrafine, aguja para</i> |         | BREO ELLIPTA .....                      | 123           | <i>cefadroxil</i> .....                | 23, 24 |
| <i>pluma</i> .....                    | 65      | <i>breyana</i> .....                    | 123           | <i>cefazolin sodium</i> .....          | 24     |
| <i>bd mini ultrafine, aguja para</i>  |         | BREZTRI AEROSPHERE ...                  | 126           | <i>cefdinir</i> .....                  | 24     |
| <i>pluma</i> .....                    | 65      | <i>brimonidine tartrate</i> .....       | 120           | <i>cefepime hcl</i> .....              | 24     |
| <i>bd nano 2nd gen, aguja para</i>    |         | <i>brinzolamide</i> .....               | 120           | <i>cefixime</i> .....                  | 24     |
| <i>pluma</i> .....                    | 65      | BRIVIACT .....                          | 28            | <i>cefoxitin sodium</i> .....          | 24     |
| <i>bd nano ultrafine, aguja para</i>  |         | <i>bromocriptine mesylate</i> .....     | 51            | <i>cefpodoxime proxetil</i> .....      | 24     |
| <i>pluma</i> .....                    | 65      | BRUKINSA .....                          | 44            | <i>cefprozil</i> .....                 | 24     |
| <i>bd orig ultrafine, aguja para</i>  |         | <i>budesonide</i> .....                 | 115, 122, 126 | <i>ceftazidime</i> .....               | 24     |
| <i>pluma</i> .....                    | 65      | <i>budesonide-formoterol</i>            |               | <i>ceftriaxone sodium</i> .....        | 24     |
| <i>bd original u/f, aguja para</i>    |         | <i>fumarate</i> .....                   | 126           | <i>cefuroxime axetil</i> .....         | 24     |
| <i>pluma</i> .....                    | 65      | <i>bumetanide</i> .....                 | 78            | <i>cefuroxime sodium</i> .....         | 24     |
| <i>bd short u/f, aguja para pluma</i> |         | <i>buprenorphine</i> .....              | 18            | <i>celecoxib</i> .....                 | 17     |
| .....                                 | 65      | <i>buprenorphine hcl</i> .....          | 21            | <i>cephalexin</i> .....                | 24     |
| <i>bd short ultrafine</i> .....       | 65      | <i>buprenorphine hcl-naloxone hcl</i>   |               | <i>cetirizine hcl</i> .....            | 121    |
| <i>bd u/f mini, aguja para pluma</i>  | 65      | .....                                   | 21            | <i>cetirizine hcl childrens</i> .....  | 121    |
| <i>bd, aguja para pluma</i> .....     | 65      | bupropion hcl .....                     | 32, 33        | <i>cevimeline hcl</i> .....            | 85     |
| <i>benazepril hcl</i> .....           | 72      | bupropion hcl, de liberación            |               | <i>childrens loratadine</i> .....      | 121    |
| <i>benazepril-hydrochlorothiazide</i> |         | <i>prolongada (sr)</i> .....            | 32            | <i>chlorhexidine gluconate</i> .....   | 85     |
| .....                                 | 76      | bupropion hcl, de liberación            |               | <i>chloroquine phosphate</i> .....     | 50     |
| BENLYSTA.....                         | 110     | <i>prolongada (xl)</i> .....            | 32            | <i>chlorpromazine hcl</i> .....        | 52     |
| benzoyl peroxide .....                | 85      | bupropion hcl, de liberación            |               | <i>chlorthalidone</i> .....            | 78     |
| benzphetamine hcl .....               | 127     | <i>prolongada, disuasivo para</i>       |               | <i>cholestyramine</i> .....            | 80     |
| <i>benztropine mesylate</i> .....     | 51      | <i>fumadores</i> .....                  | 21            | <i>cholestyramine light</i> .....      | 80     |
| BESREMI .....                         | 109     | buspirona hcl .....                     | 61            | <i>chromic chloride</i> .....          | 90     |
| betadine .....                        | 89      | butorphanol tartrate.....               | 19            | <i>ciclopirox</i> .....                | 89     |
| betaine .....                         | 98      | cabergoline .....                       | 106           | <i>ciclopirox olamine</i> .....        | 36     |
| betamethasone dipropionate            | 86,     | CABOMETYX .....                         | 44            | <i>cilostazol</i> .....                | 70     |
| 100                                   |         | calcipotriene.....                      | 88            | CIMDUO.....                            | 59     |
| betamethasone dipropionate            |         | calcipotriene-betameth diprop           |               | <i>cimetidine hcl</i> .....            | 97     |
| <i>aug</i> .....                      | 86, 100 | .....                                   | 86            | <i>cinacalcet hcl</i> .....            | 116    |
| betamethasone valerate .....          | 86      | calcitonin (salmon) .....               | 115           | CIPRO HC.....                          | 120    |
| BETASERON .....                       | 84      | <i>calcitriol</i> .....                 | 88, 115       | <i>ciprofloxacin hcl</i> .....         | 27     |
| betaxolol hcl .....                   | 74, 120 | calcium carbonate antiacid....          | 97            | <i>ciprofloxacin, en dextrosa al</i>   |        |
| bethanechol chloride .....            | 100     | CALQUENCE .....                         | 44            | <i>5 %</i> .....                       | 27     |
| bexarotene .....                      | 50      | <i>camila</i> .....                     | 104           | <i>ciprofloxacin-dexamethasone</i>     |        |
| BEXSERO .....                         | 113     | CAMRESE LO .....                        | 104           | .....                                  | 120    |
| bicalutamide .....                    | 39      | <i>candesartan cilexetil</i> .....      | 70, 71        | <i>citalopram hydrobromide</i> .....   | 33     |
| BICILLIN C-R .....                    | 25      | <i>candesartan cilexetil-hctz</i> ..... | 76            | CLARAVIS .....                         | 85     |
| BICILLIN C-R 900/300.....             | 25      | CAPLYTA .....                           | 53            | <i>clarithromycin</i> .....            | 26     |
| BICILLIN L-A .....                    | 25      | CAPRELSA.....                           | 44            | <i>clarithromycin, de liberación</i>   |        |
| BIKTARVY.....                         | 58      | <i>captopril</i> .....                  | 72            | <i>prolongada</i> .....                | 26     |
| <i>bimatoprost</i> .....              | 117     | <i>carbamazepine</i> .....              | 31, 62        | <i>clindamycin hcl</i> .....           | 22     |
| bisacodyl .....                       | 95      | <i>carbidopa</i> .....                  | 51            | <i>clindamycin palmitate hcl</i> ..... | 22     |
| bisacodyl ec.....                     | 95      | <i>carbidopa-levodopa</i> .....         | 52            | <i>clindamycin phos-benzoyl</i>        |        |
| bismuth subsalicylate .....           | 96      | <i>carbidopa-levodopa-</i>              |               | <i>perox</i> .....                     | 85     |
| <i>bisoprolol fumarate</i> .....      | 74      | <i>entacapone</i> .....                 | 51            | <i>clindamycin phosphate</i> ...       | 22, 90 |
| <i>bisoprolol-hydrochlorothiazide</i> |         | <i>carglumic acid</i> .....             | 90            | CLINIMIX/DEXTROSE                      |        |
| .....                                 | 76      | <i>carteolol hcl</i> .....              | 120           | (4.25/10) .....                        | 92     |

|  |                                       |          |   |          |
|--|---------------------------------------|----------|---|----------|
| CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/5)                 | cyclosporine .....                    | 110      | DIAZEPAM INTENSOL .....                 | 61       |
| ..... 92                                   | cyclosporine, modificado .....        | 110      | diazoxide .....                         | 64       |
| CLINIMIX/DEXTROSE (5/15)92                 | cyproheptadine hcl.....               | 121      | dichlorphenamide .....                  | 98       |
| CLINIMIX/DEXTROSE (5/20)93                 | CYSTADROPS .....                      | 117      | diclofenac potassium .....              | 17       |
| <i>clobazam</i> .....                      | CYSTAGON.....                         | 98       | diclofenac sodium.....                  | 17, 119  |
| <i>clobetasol propionate</i> .....         | CYSTARAN .....                        | 117      | diclofenac sodium, de                   |          |
| <i>clobetasol propionate e</i> .....       | dabigatran etexilate mesylate67       |          | liberación prolongada.....              | 17       |
| <i>clomipramine hcl</i> .....              | dalfampridine, de liberación          |          | diclofenac-misoprostol.....             | 17       |
| <i>clonazepam</i> .....                    | prolongada .....                      | 84       | <i>dicloxacillin sodium</i> .....       | 25       |
| <i>clonidine</i> .....                     | danazol .....                         | 102      | <i>dicyclomine hcl</i> .....            | 96       |
| <i>clonidine hcl</i> .....                 | dantrolene sodium .....               | 57       | diethylpropion hcl .....                | 127      |
| <i>clopidogrel bisulfate</i> .....         | DANZITEN.....                         | 44       | DIFICID .....                           | 26       |
| <i>clorazepate dipotassium</i> .....       | dapagliflozin propanediol .....       | 62       | <i>diflunisal</i> .....                 | 17       |
| <i>clotrimazole</i> .....                  | <i>dapsone</i> .....                  | 38       | <i>difluprednate</i> .....              | 119      |
| <i>clotrimazole-betamethasone</i> .....    | DAPTACEL .....                        | 113      | <i>digoxin</i> .....                    | 76       |
| <i>clozapine</i> .....                     | <i>daptomycin</i> .....               | 22       | <i>dihydroergotamine mesylate</i> ..... | 38       |
| COARTEM .....                              | <i>darunavir</i> .....                | 60       | DILANTIN.....                           | 31       |
| COBENFY .....                              | <i>dasatinib</i> .....                | 44       | <i>diltiazem hcl</i> .....              | 75       |
| COBENFY, TRATAMIENTO                       | DAURISMO .....                        | 44       | <i>dilt-xr</i> .....                    | 75       |
| INICIAL, CAJA .....                        | <i>deferasirox</i> .....              | 92       | <i>dimethyl fumarate</i> .....          | 84       |
| codeine sulfate .....                      | DELSTRIGO .....                       | 59       | diphenhydramine hcl .....               | 121      |
| <i>colchicine</i> .....                    | <i>demeclocycline hcl</i> .....       | 27       | diphenhydramine hcl childrens           |          |
| <i>colchicine-probenecid</i> .....         | DENG VAXIA.....                       | 113      | .....                                   | 121      |
| <i>colesevelam hcl</i> .....               | <i>denta 5000 plus</i> .....          | 85       | <i>diphenoxylate-atropine</i> .....     | 96       |
| <i>colestipol hcl</i> .....                | DEPO-SUBQ PROVERA 104                 |          | <i>disopyramide phosphate</i> .....     | 73       |
| <i>colistimethate sodium (cba)</i> ..      | .....                                 | 104      | <i>disulfiram</i> .....                 | 21       |
| COMBIGAN.....                              | DESCOVY .....                         | 59       | <i>divalproex sodium</i> .....          | 62       |
| COMBIVENT RESPIMAT ...                     | <i>desipramine hcl</i> .....          | 35       | docusate calcium.....                   | 95       |
| COMETRIQ .....                             | <i>desloratadine</i> .....            | 121      | docusate sodium .....                   | 95       |
| COMETRIQ, DOSIS DIARIA                     | <i>desmopressin ace, aerosol,</i>     |          | <i>dofetilide</i> .....                 | 73       |
| DE 60 MG.....                              | <i>fármaco refrigerado</i> .....      | 101      | <i>donepezil hcl</i> .....              | 32       |
| <i>comfort assist, jeringa de</i>          | <i>desmopressin acetate</i> .....     | 101      | <i>dorzolamide hcl</i> .....            | 117, 120 |
| <i>insulina</i> .....                      | <i>desonide</i> .....                 | 87       | <i>dorzolamide hcl-timolol mal</i>      | 117      |
| <i>constulose</i> .....                    | <i>desoximetasone</i> .....           | 87       | <i>dorzolamide hcl-timolol mal pf</i>   |          |
| COPIKTRA .....                             | <i>desvenlafaxine succinate, de</i>   |          | .....                                   | 117      |
| CORTROPHIN .....                           | <i>liberación prolongada</i> .....    | 33       | DOTTI .....                             | 102      |
| corvita.....                               | <i>dexamethasone</i> .....            | 100      | DOVATO .....                            | 58       |
| corvite.....                               | DEXAMETHASONE                         |          | <i>doxazosin mesylate</i> .....         | 70       |
| COSENTYX.....                              | INTENSOL .....                        | 100      | <i>doxepin hcl</i> .....                | 61, 87   |
| COSENTYX SENSOREADY,                       | <i>dexamethasone sodium</i>           |          | <i>doxercalciferol</i> .....            | 116      |
| DOSIS DE 300 MG .....                      | <i>phosphate</i> .....                | 101, 119 | <i>doxycycline hyclate</i> .....        | 27, 28   |
| COSENTYX UNOREADY... 107                   | <i>dexmethylphenidate hcl</i> .....   | 82       | <i>doxycycline monohydrate</i> .....    | 28       |
| COSENTYX, DOSIS DE 300                     | <i>dexmethylphenidate hcl, de</i>     |          | DRIZALMA .....                          | 33       |
| MG.....                                    | <i>liberación prolongada</i> .....    | 82       | <i>dronabinol</i> .....                 | 35       |
| COTELLIC.....                              | <i>dextroamphetamine sulfate</i> ..   | 81, 82   | <i>droxidopa</i> .....                  | 70       |
| CREON .....                                | 82                                    |          | DULERA.....                             | 123      |
| CRESEMBA .....                             | <i>dextrose</i> .....                 | 93       | <i>duloxetine hcl</i> .....             | 83       |
| <i>cromolyn sodium</i> . 98, 118, 124,     | <i>dextrose-nacl</i> .....            | 93       | DUPIXENT .....                          | 107, 108 |
| 126  | <i>dextrose-sodium chloride</i> ..... | 93       | <i>dutasteride</i> .....                | 100      |
| CRYSELLE-28 .....                          | DIACOMIT .....                        | 28       | <i>dutasteride-tamsulosin hcl</i> ..    | 100      |
| cupric chloride .....                      | dialyvite.....                        | 93       | EBGLYSS .....                           | 87       |
| <i>cvs, apósitos de gasa estéril</i> ..... | dialyvite 3000.....                   | 93       | <i>econazole nitrate</i> .....          | 36       |
| cyanocobalamin.....                        | dialyvite 5000.....                   | 93       | ed chlorped jr.....                     | 121      |
| <i>cyclobenzaprine hcl</i> .....           | dialyvite supreme d .....             | 94       | EDURANT .....                           | 58       |
| <i>cyclophosphamide</i> .....              | dialyvite/zinc .....                  | 94       | EDURANT PED.....                        | 58       |
| CYCLOPHOSPHAMIDE.....                      | diazepam .....                        | 30, 61   | <i>efavirenz</i> .....                  | 58       |



|  |             |                                       |                  |  |         |
|--|-------------|---------------------------------------|------------------|--|---------|
| <i>efavirenz-emtricitab-tenofo df</i>    | 59          | <i>erythromycin base</i> .....        | 27               | <i>feverall junior strength</i> .....    | 16      |
| <i>efavirenz-lamivudine-tenofovir</i>    | 59          | <i>erythromycin ethylsuccinate</i> .. | 27               | <i>fexofenadine hcl</i> .....            | 121     |
| <i>eletriptan hydrobromide</i> .....     | 38          | <i>escitalopram oxalate</i> .....     | 33               | <i>FIASP</i> .....                       | 65      |
| <i>ELIGARD</i> .....                     | 106         | <i>eslicarbazepine acetate</i> .....  | 31               | <i>FIASP FLEXTOUCH</i> .....             | 65      |
| <i>ELIQUIS</i> .....                     | 67          | <i>esomeprazole magnesium</i> ....    | 98               | <i>FIASP, CARTUCHO PARA</i>              |         |
| <i>ELIQUIS DVT/PE,</i>                   |             | <i>estarylla</i> .....                | 102              | <i>PLUMA</i> .....                       | 65      |
| <i>TRATAMIENTO INICIAL,</i>              |             | <i>estradiol</i> .....                | 102, 103         | <i>finasteride</i> .....                 | 100     |
| <i>CAJA</i> .....                        | 67          | <i>estradiol valerate</i> .....       | 103              | <i>finbolimod hcl</i> .....              | 84      |
| <i>ELMIRON</i> .....                     | 100         | <i>estradiol-norethindrone acet</i>   | 103              | <i>FINTEPLA</i> .....                    | 28      |
| <i>eltrombopag olamine</i> .....         | 69          | <i>eszopiclone</i> .....              | 126              | <i>FIRMAGON</i> .....                    | 106     |
| <i>ELURYNG</i> .....                     | 102         | <i>ethambutol hcl</i> .....           | 38               | <i>FIRMAGON, DOSIS DE 240</i>            |         |
| <i>embecta autoshield duo</i> .....      | 65          | <i>ethosuximide</i> .....             | 29               | <i>MG</i> .....                          | 106     |
| <i>embecta nano 2 gen, aguja</i>         |             | <i>ethynodiol diac-eth estradiol</i>  | 103              | <i>first aid antiseptic</i> .....        | 85      |
| <i>para pluma</i> .....                  | 65          | <i>etodolac</i> .....                 | 17               | <i>flecainide acetate</i> .....          | 73      |
| <i>embecta nano, aguja para</i>          |             | <i>etonogestrel-ethinyl estradiol</i> | 103              | <i>fleet pediatric</i> .....             | 95      |
| <i>pluma</i> .....                       | 65          | <i>etravirine</i> .....               | 58               | <i>florafol fe pediatric</i> .....       | 94      |
| <i>embecta ultrafine, aguja para</i>     |             | <i>EUCRISA</i> .....                  | 87               | <i>florafol pediatric</i> .....          | 94      |
| <i>pluma</i> .....                       | 65          | <i>EULEXIN</i> .....                  | 39               | <i>fluconazole</i> .....                 | 36      |
| <i>EMGALITY</i> .....                    | 37, 38      | <i>EVENITY</i> .....                  | 116              | <i>fluconazole in sodium chloride</i>    | 36      |
| <i>EMSAM</i> .....                       | 33          | <i>everolimus</i> .....               | 44, 45, 110, 111 | <i>flucytosine</i> .....                 | 36      |
| <i>emtricitabine</i> .....               | 59          | <i>EVOTAZ</i> .....                   | 60               | <i>fludrocortisone acetate</i> .....     | 101     |
| <i>emtricitabine-tenofovir df</i> .....  | 59          | <i>EVRYSDI</i> .....                  | 83               | <i>flunisolide</i> .....                 | 122     |
| <i>emtricitab-rilpivir-tenofov df</i> .. | 58          | <i>exemestane</i> .....               | 43               | <i>fluocinolone acetoneide</i> ..        | 87, 120 |
| <i>EMTRIVA</i> .....                     | 59          | <i>ezetimibe</i> .....                | 80               | <i>fluocinolone acetoneide, para el</i>  |         |
| <i>emzahh</i> .....                      | 104         | <i>ezetimibe-simvastatin</i> .....    | 80               | <i>cuero cabelludo</i> .....             | 87      |
| <i>enalapril maleate</i> .....           | 72          | <i>famciclovir</i> .....              | 57               | <i>fluocinonide</i> .....                | 87      |
| <i>ENBREL</i> .....                      | 110         | <i>famotidine</i> .....               | 97               | <i>fluocinonide, base emulsificada</i>   | 87      |
| <i>ENBREL MINI</i> .....                 | 110         | <i>FANAPT</i> .....                   | 53               | <i>fluorometholone</i> .....             | 119     |
| <i>ENBREL SURECLICK</i> .....            | 110         | <i>FANAPT, PARA AJUSTE DE</i>         |                  | <i>fluorouracil</i> .....                | 89      |
| <i>ENDARI</i> .....                      | 98          | <i>DOSIS, CAJA A</i> .....            | 53               | <i>fluoxetine hcl</i> .....              | 34      |
| <i>ENDOCET</i> .....                     | 19          | <i>FANAPT, PARA AJUSTE DE</i>         |                  | <i>fluphenazine decanoate</i> .....      | 52      |
| <i>enema, listo para usar</i> .....      | 95          | <i>DOSIS, CAJA B</i> .....            | 53               | <i>fluphenazine hcl</i> .....            | 52      |
| <i>ENGERIX-B</i> .....                   | 113         | <i>FANAPT, PARA AJUSTE DE</i>         |                  | <i>flurbiprofen</i> .....                | 17      |
| <i>enlyte</i> .....                      | 94          | <i>DOSIS, CAJA C</i> .....            | 53               | <i>flurbiprofen sodium</i> .....         | 119     |
| <i>enoxaparin sodium</i> .....           | 68          | <i>FARXIGA</i> .....                  | 62               | <i>flutamide</i> .....                   | 39      |
| <i>enskyce</i> .....                     | 102         | <i>FASENRA</i> .....                  | 93, 126          | <i>fluticasone propionate</i> ..         | 87, 122 |
| <i>entacapone</i> .....                  | 51          | <i>FASENRA, PLUMA</i> .....           | 126              | <i>fluticasone-salmeterol</i> . 123, 126 |         |
| <i>entecavir</i> .....                   | 57          | <i>febuxostat</i> .....               | 37               | <i>fluvastatin sodium</i> .....          | 79      |
| <i>ENTRESTO</i> .....                    | 76          | <i>felbamate</i> .....                | 28               | <i>fluvastatin sodium, de</i>            |         |
| <i>enulose</i> .....                     | 95          | <i>felodipine, de liberación</i>      |                  | <i>liberación prolongada</i> .....       | 79      |
| <i>EOHILIA</i> .....                     | 97          | <i>prolongada</i> .....               | 75               | <i>fluvoxamine maleate</i> .....         | 34      |
| <i>EPCLUSA</i> .....                     | 57          | <i>fenofibrate</i> .....              | 79               | <i>folic acid</i> .....                  | 94      |
| <i>EPIDIOLEX</i> .....                   | 28          | <i>fenofibrate micronized</i> .....   | 78               | <i>foltrate</i> .....                    | 94      |
| <i>epinastine hcl</i> .....              | 118         | <i>fenofibric acid</i> .....          | 79               | <i>fondaparinux sodium</i> .....         | 68      |
| <i>epinephrine</i> .....                 | 123         | <i>fentanyl</i> .....                 | 18               | <i>fosamprenavir calcium</i> .....       | 60      |
| <i>epitol</i> .....                      | 31          | <i>ferosul</i> .....                  | 90               | <i>fosfomycin tromethamine</i> .....     | 22      |
| <i>eplerenone</i> .....                  | 78          | <i>ferrous sulfate</i> .....          | 90               | <i>fosinopril sodium</i> .....           | 72, 76  |
| <i>EPRONTIA</i> .....                    | 28          | <i>fesoterodine fumarate, de</i>      |                  | <i>fosinopril sodium-hctz</i> .....      | 76      |
| <i>ergotamine-caffeine</i> .....         | 38          | <i>liberación prolongada</i> .....    | 99               | <i>FOTIVDA</i> .....                     | 45      |
| <i>ERIVEDGE</i> .....                    | 44          | <i>FETZIMA</i> .....                  | 34               | <i>FRUZAQLA</i> .....                    | 45      |
| <i>ERLEADA</i> .....                     | 39          | <i>FETZIMA, PARA AJUSTE DE</i>        |                  | <i>ft allergy relief</i> .....           | 121     |
| <i>erlotinib hcl</i> .....               | 44          | <i>DOSIS</i> .....                    | 34               | <i>ft antacid extra strength</i> .....   | 97      |
| <i>errin</i> .....                       | 104         | <i>feverall</i> .....                 | 16               | <i>ft antacid regular strength</i> ....  | 97      |
| <i>ertapenem sodium</i> .....            | 26          | <i>feverall childrens</i> .....       | 16               | <i>ft lubricant eye drops</i> .....      | 117     |
| <i>erythromycin</i> .....                | 27, 90, 118 | <i>feverall infants</i> .....         | 16               |  |         |

|  |         |  |              |                                       |        |
|--|---------|--|--------------|---------------------------------------|--------|
| ft stomach relief .....                | 96      | <i>griseofulvin microsize</i> .....      | 36           | <i>hydrocortisone valerate</i> .....  | 88     |
| fungoid tincture .....                 | 36      | <i>griseofulvin ultramicrosize</i> ..... | 36           | hydrocortisone/aloe max str..         | 88     |
| <i>furosemide</i> .....                | 78      | <i>guanfacine hcl</i> .....              | 70           | <i>hydrocortisone-acetic acid</i> ..  | 120    |
| FYAVOLV .....                          | 104     | <i>guanfacine hcl, de liberación</i>     |              | <i>hydromorphone hcl</i> .....        | 18, 19 |
| FYCOMPA .....                          | 28      | <i>prolongada</i> .....                  | 82           | <i>hydromorphone hcl pf</i> .....     | 19     |
| <i>gabapentin</i> .....                | 30      | GVOKE HYPOPEN .....                      | 62           | hydroxocobalamin acetate ....         | 94     |
| <i>galantamine hydrobromide</i> ..     | 32      | GVOKE PFS .....                          | 62           | <i>hydroxychloroquine sulfate</i> ..  | 51     |
| <i>galantamine hydrobromide, de</i>    |         | GVOKE, KIT .....                         | 62           | <i>hydroxyurea</i> .....              | 40     |
| <i>liberación prolongada</i> .....     | 32      | HADLIMA .....                            | 111          | <i>hydroxyzine hcl</i> .....          | 121    |
| GAMMAGARD .....                        | 107     | HADLIMA PUSH TOUCH ....                  | 111          | <i>ibandronate sodium</i> .....       | 116    |
| GAMMAGARD S/D MENOS                    |         | HAEGARDA .....                           | 107          | IBRANCE .....                         | 45     |
| IGA .....                              | 107     | HAILEY 24 FE .....                       | 103          | <i>ibu</i> .....                      | 17     |
| GAMUNEX-C .....                        | 107     | <i>halobetasol propionate</i> .....      | 87           | ibuprofen .....                       | 17     |
| GARDASIL 9 .....                       | 113     | <i>haloperidol</i> .....                 | 52           | ibuprofen junior strength .....       | 17     |
| <i>gatifloxacin</i> .....              | 118     | <i>haloperidol decanoate</i> .....       | 52           | <i>icatibant acetate</i> .....        | 107    |
| GATTEX .....                           | 97      | <i>haloperidol lactate</i> .....         | 52           | ICLUSIG .....                         | 45     |
| <i>gavilyte-c</i> .....                | 95      | HAVTRIX .....                            | 113          | <i>icosapent ethyl</i> .....          | 80     |
| <i>gavilyte-g</i> .....                | 95      | heartburn relief ex st .....             | 97           | IDHIFA .....                          | 41     |
| <i>gavilyte-n, saborizado, caja</i> .. | 97      | <i>heather</i> .....                     | 104          | <i>imatinib mesylate</i> .....        | 45     |
| GAVRETO .....                          | 41      | <i>heparin sodium (porcine)</i> ....     | 68           | IMBRUVICA .....                       | 45     |
| <i>gefitinib</i> .....                 | 45      | HEPLISAV-B .....                         | 113          | <i>imipenem-cilastatin</i> .....      | 26     |
| <i>gemfibrozil</i> .....               | 79      | HIBERIX .....                            | 113          | <i>imipramine hcl</i> .....           | 35     |
| <i>generlac</i> .....                  | 95      | histaflex .....                          | 16           | <i>imiquimod</i> .....                | 89     |
| <i>gengraf</i> .....                   | 111     | histex .....                             | 121          | <i>imkeldi</i> .....                  | 45     |
| <i>gentamicin sulfate</i> .....        | 22, 119 | HUMALOG .....                            | 65, 66       | IMOVAX RABIES .....                   | 113    |
| <i>gentamicin, en solución salina</i>  |         | HUMALOG JUNIOR KWIKPEN                   |              | IMPAVIDO .....                        | 51     |
| .....                                  | 22      | .....                                    | 65           | INCRELEX .....                        | 101    |
| genteal severe .....                   | 117     | HUMALOG KWIKPEN .....                    | 65           | INCRUSE ELLIPTA .....                 | 122    |
| genteal tears night-time .....         | 117     | HUMALOG MIX 50/50                        |              | <i>indapamide</i> .....               | 78     |
| GENVOYA .....                          | 58      | KWIKPEN .....                            | 65           | INFANRIX .....                        | 113    |
| GILOTRIF .....                         | 45      | HUMALOG MIX 75/25 .....                  | 66           | infants ibuprofen .....               | 17     |
| <i>glatiramer acetate</i> .....        | 84      | HUMALOG MIX 75/25                        |              | INLYTA .....                          | 45     |
| GLATOPA .....                          | 84      | KWIKPEN .....                            | 66           | INQOVI .....                          | 40     |
| GLEOSTINE .....                        | 39      | HUMIRA .....                             | 111          | INREBIC .....                         | 45     |
| <i>glimepiride</i> .....               | 62      | HUMIRA, CAJA CON 2                       |              | <i>insulin glargine-yfgn</i> .....    | 66     |
| <i>glipizide</i> .....                 | 62      | PLUMAS .....                             | 111          | <i>insulin lispro</i> .....           | 66     |
| <i>glipizide, de liberación</i>        |         | HUMIRA, TRATAMIENTO                      |              | INTELENCE .....                       | 58     |
| <i>prolongada</i> .....                | 62      | INICIAL PARA NIÑOS .....                 | 112          | INTRALIPID .....                      | 93     |
| <i>glipizide-metformin hcl</i> .....   | 62      | HUMIRA-CD/UC/HS,                         |              | INVEGA HAFYERA .....                  | 53     |
| GLIXAMBI .....                         | 62      | TRATAMIENTO INICIAL .                    | 111          | INVEGA SUSTENNA .....                 | 54     |
| <i>global alcohol prep ease</i>        |         | HUMULIN 70/30 .....                      | 66           | INVEGA TRINZA .....                   | 54     |
| <i>(toallitas con alcohol)</i> .....   | 89      | HUMULIN 70/30 KWIKPEN ..                 | 66           | IPOL .....                            | 113    |
| <i>glucagon</i> .....                  | 64      | HUMULIN N .....                          | 66           | <i>ipratropium bromide</i> .....      | 123    |
| <i>glycopyrrolate</i> .....            | 96      | HUMULIN N KWIKPEN .....                  | 66           | <i>ipratropium-albuterol</i> .....    | 126    |
| gnp acetaminophen .....                | 16      | HUMULIN R .....                          | 66           | <i>irbesartan</i> .....               | 71     |
| gnp allergy relief .....               | 121     | HUMULIN R U-500 KWIKPEN                  |              | <i>irbesartan-hydrochlorothiazide</i> |        |
| gnp antacid & anti-gas .....           | 97      | .....                                    | 66           | .....                                 | 77     |
| gnp clotrimazole 3 .....               | 36      | <i>hydralazine hcl</i> .....             | 81           | iron (ferrous sulfate) .....          | 90     |
| gnp lice treatment .....               | 89      | <i>hydrochlorothiazide</i> .....         | 76, 78       | ISENTRESS .....                       | 58     |
| gnp miconazole 1 .....                 | 36      | <i>hydrocodone-acetaminophen</i> ..      | 19           | ISENTRESS HD .....                    | 58     |
| gnp naproxen sodium .....              | 17      | <i>hydrocodone-ibuprofen</i> .....       | 19           | <i>isibloom</i> .....                 | 103    |
| gnp nighttime relief lub eye .         | 117     | hydrocortisone .....                     | 88, 101, 115 | <i>isoniazid</i> .....                | 39     |
| gnp pain relief extra strength         | 16      | <i>hydrocortisone (perianal)</i> .....   | 87           | <i>isosorbide dinitrate</i> .....     | 81     |
| gnp pink bismuth ultra str .....       | 96      | hydrocortisone acetate .....             | 88           | <i>isosorbide mononitrate</i> .....   | 81     |
| GOMEKLI .....                          | 45      | <i>hydrocortisone butyrate</i> .....     | 88           | <i>isosorbide mononitrate, de</i>     |        |
| <i>granisetron hcl</i> .....           | 35      | <i>hydrocortisone sod suc (pf)</i> .     | 101          | <i>liberación prolongada</i> .....    | 81     |

|   |        |  |          |  |         |
|---|--------|--|----------|--|---------|
| <i>isotretinoin</i> .....                                       | 86     | <i>klor-con/ef</i> .....                                       | 91       | <i>levocetirizine dihydrochloride</i><br>.....                             | 121     |
| ITOVEBI .....   | 45     | KLOXXADO .....   | 21       | <i>levofloxacin</i> .....  | 27, 119 |
| <i>itraconazole</i> .....                                       | 36     | KOSELUGO .....   | 46       | <i>levonorgest-eth estrad,</i><br><i>tratamiento para 91 días</i> .        | 103     |
| <i>ivabradine hcl</i> .....                                     | 77     | <i>kourzeq</i> .....   | 85       | <i>levonorgestrel-ethinyl estrad</i><br>.....                              | 105     |
| <i>ivermectin</i> .....   | 50, 89 | k-phos-neutral .....   | 100      | <i>levothyroxine sodium</i> .....  | 106     |
| IWILFIN .....   | 41     | <i>krazati</i> .....   | 41       | <i>levoxyl</i> .....   | 106     |
| IXCHIQ .....  | 114    | <i>kurvelo</i> .....   | 105      | lice killing shampoo max str. .  | 89      |
| IXIARO .....  | 114    | <i>labetalol hcl</i> .....                                     | 74       | lidocaine .....  | 20      |
| JAKAFI .....  | 46     | <i>lacosamide</i> .....  | 31       | <i>lidocaine hcl</i> .....   | 20      |
| <i>jantoven</i> .....   | 68     | <i>lactulose</i> .....   | 95       | <i>lidocaine hcl, por vía</i><br><i>uretral/membranas mucosas</i><br>..... | 20      |
| JANUMET .....   | 63     | <i>lamivudine</i> .....  | 57       | <i>lidocaine viscous hcl</i> .....   | 20      |
| JANUMET XR .....  | 63     | <i>lamivudine-zidovudine</i> .....                             | 59       | <i>lidocaine-prilocaine</i> .....  | 20      |
| JANUVIA .....   | 63     | <i>lamotrigine</i> .....                                       | 28       | LIDOCAN .....  | 20      |
| JARDIANCE .....   | 63     | <i>lamotrigine, de liberación</i><br><i>prolongada</i> .....   | 28       | LIDOCAN III .....  | 20      |
| JAYPIRCA .....  | 46     | <i>lanreotide acetate</i> .....                                | 106      | LILETTA (52 MG) .....  | 104     |
| JENTADUETO .....  | 63     | <i>lansoprazole</i> .....                                      | 98       | <i>linezolid</i> .....   | 22      |
| JENTADUETO XR .....   | 63     | LANTUS .....   | 66       | LINZESS .....  | 95      |
| JINTELI .....   | 105    | LANTUS SOLOSTAR .....  | 66       | <i>liothyronine sodium</i> .....   | 106     |
| JULUCA .....  | 59     | <i>lapatinib ditosylate</i> .....                              | 46       | <i>lisinopril</i> .....  | 72      |
| JUNEL 1.5/30 .....  | 105    | LARIN 24 FE .....  | 103      | <i>lisinopril-hydrochlorothiazide</i> .                                    | 77      |
| JUNEL 1/20 .....  | 105    | <i>larin fe 1.5/30</i> .....                                   | 103      | <i>lithium</i> .....   | 62      |
| <i>junel fe 1.5/30</i> .....                                    | 103    | <i>larin fe 1/20</i> .....                                     | 103      | <i>lithium carbonate</i> .....   | 62      |
| <i>junel fe 1/20</i> .....                                      | 103    | <i>latanoprost</i> .....                                       | 117      | <i>lithium carbonate, de liberación</i><br><i>prolongada</i> .....         | 62      |
| JUNEL FE 24 .....   | 103    | LAZCLUZE .....   | 46       | LIVTENCITY .....   | 57      |
| JYLAMVO .....   | 41     | <i>leflunomide</i> .....                                       | 108      | LOKELMA .....  | 93      |
| JYNARQUE .....  | 92     | <i>lenalidomide</i> .....                                      | 40       | lomaira .....  | 127     |
| JYNNEOS .....   | 114    | LENVIMA, DOSIS DIARIA DE<br>10 MG .....                        | 46       | LONSURF .....  | 41      |
| KALETRA .....   | 60     | LENVIMA, DOSIS DIARIA DE<br>12 MG .....                        | 46       | <i>loperamide hcl</i> .....  | 96      |
| KALYDECO .....  | 124    | LENVIMA, DOSIS DIARIA DE<br>14 MG .....                        | 46       | <i>lopinavir-ritonavir</i> .....   | 60      |
| <i>kariva</i> .....   | 103    | LENVIMA, DOSIS DIARIA DE<br>18 MG .....                        | 46       | loratadine .....   | 122     |
| <i>kcl (0.149 %) en nacl</i> .....                              | 90     | LENVIMA, DOSIS DIARIA DE<br>20 MG .....                        | 46       | <i>lorazepam</i> .....   | 62      |
| <i>kcl (0.298 %) en nacl</i> .....                              | 90     | LENVIMA, DOSIS DIARIA DE<br>24 MG .....                        | 46       | LORAZEPAM INTENSOL .....   | 62      |
| <i>kcl in dextrose-nacl</i> .....                               | 90     | LENVIMA, DOSIS DIARIA DE<br>4 MG .....                         | 46       | LORBRENA .....   | 46      |
| <i>kcl-lactated ringers, en dextrosa</i><br><i>al 5 %</i> ..... | 90     | LENVIMA, DOSIS DIARIA DE<br>8 MG .....                         | 46       | LORYNA .....   | 103     |
| KELNOR 1/35 .....   | 103    | <i>lessina</i> .....   | 103      | <i>losartan potassium</i> .....  | 71      |
| KELNOR 1/50 .....   | 103    | <i>letrozole</i> .....   | 43       | <i>losartan potassium-hctz</i> .....                                       | 77      |
| KERENDIA .....  | 78     | <i>leucovorin calcium</i> .....                                | 50       | <i>loteprednol etabonate</i> .....   | 119     |
| <i>ketoconazole</i> .....                                       | 36     | LEUKERAN .....   | 39       | <i>lovastatin</i> .....  | 79      |
| <i>ketorolac tromethamine</i> .....                             | 119    | <i>leuprolide acetate</i> .....                                | 101, 106 | LOW-OGESTREL .....   | 105     |
| ketotifen fumarate .....  | 118    | <i>leuprolide acetate, 3 meses</i> .                           | 101      | <i>loxapine succinate</i> .....  | 52      |
| KINRIX .....  | 114    | <i>levalbuterol hcl</i> .....                                  | 123      | <i>lubiprostone</i> .....  | 95      |
| KISQALI FEMARA, DOSIS DE<br>200 MG .....                        | 41     | <i>levalbuterol tartrate</i> .....                             | 123      | lubrifresh p.m. ....   | 117     |
| KISQALI FEMARA, DOSIS DE<br>400 MG .....                        | 41     | <i>levetiracetam</i> .....                                     | 29       | LUMAKRAS .....   | 41      |
| KISQALI FEMARA, DOSIS DE<br>600 MG .....                        | 41     | <i>levetiracetam, de liberación</i><br><i>prolongada</i> ..... | 28       | LUMIGAN .....  | 117     |
| KISQALI, DOSIS DE 200 MG  | 46     | <i>levobunolol hcl</i> .....                                   | 120      | LUPRON DEPOT, 1 MES... .   | 106     |
| KISQALI, DOSIS DE 400 MG  | 46     | <i>levocarnitine</i> .....                                     | 93       | LUPRON DEPOT, 3 MESES<br>.....   | 106     |
| KISQALI, DOSIS DE 600 MG  | 46     |  |          | <i>lurasidone hcl</i> .....  | 54      |
| <i>klor-con</i> .....   | 91, 92 |  |          | LYLLANA .....  | 103     |
| <i>klor-con 10</i> .....  | 90     |  |          | LYNPARZA .....   | 41      |
| <i>klor-con m10</i> .....                                       | 91     |  |          |  |         |
| <i>klor-con m15</i> .....                                       | 91     |  |          |  |         |
| <i>klor-con m20</i> .....                                       | 91     |  |          |  |         |



|                                      |         |  |         |  |      |
|--------------------------------------|---------|--|---------|--|------|
| LYSODREN.....                        | 41      | <i>metoprolol tartrate</i> .....         | 74      | <i>neomycin sulfate</i> .....            | 22   |
| LYTGOBI, DOSIS DIARIA DE             |         | <i>metoprolol-hydrochlorothiazide</i>    |         | <i>neomycin-bacitracin zn-</i>           |      |
| 12 MG.....                           | 46      | .....                                    | 77      | <i>polymyx</i> .....                     | 119  |
| LYTGOBI, DOSIS DIARIA DE             |         | <i>metronidazole</i> .....               | 22, 23  | <i>neomycin-polymyxin-dexameth</i>       |      |
| 16 MG.....                           | 47      | <i>metirosine</i> .....                  | 77      | .....                                    | 117  |
| LYTGOBI, DOSIS DIARIA DE             |         | <i>mexiletine hcl</i> .....              | 73      | <i>neomycin-polymyxin-gramicidin</i>     |      |
| 20 MG.....                           | 47      | <i>miconazole 7</i> .....                | 36      | .....                                    | 117  |
| LYUMJEV.....                         | 66      | <i>miconazole nitrate, caja</i>          |         | <i>neomycin-polymyxin-hc</i> .....       | 117, |
| LYUMJEV KWIKPEN.....                 | 66      | <i>combinada</i> .....                   | 36      | 120                                      |      |
| mag-al.....                          | 97      | <i>microgestin 1/20</i> .....            | 103     | <i>neo-polycin</i> .....                 | 117  |
| magnesium oxide.....                 | 91      | <i>midodrine hcl</i> .....               | 70      | <i>neo-polycin hc</i> .....              | 117  |
| <i>magnesium sulfate</i> .....       | 91      | <i>mifepristone</i> .....                | 64      | <i>nephplex rx</i> .....                 | 94   |
| manganese chloride.....              | 91      | <i>miglitol</i> .....                    | 63      | NERLYNX.....                             | 47   |
| mapap childrens.....                 | 16      | <i>miglustat</i> .....                   | 98      | <i>nevirapine</i> .....                  | 58   |
| <i>maraviroc</i> .....               | 59      | MIMVEY.....                              | 103     | NEXLETOL.....                            | 80   |
| MARPLAN.....                         | 33      | <i>minocycline hcl</i> .....             | 28      | NEXLIZET.....                            | 80   |
| MATULANE.....                        | 39      | <i>minoxidil</i> .....                   | 81      | NEXPLANON.....                           | 104  |
| <i>meclizine hcl</i> .....           | 35      | MIRENA (52 MG).....                      | 104     | <i>niacin</i> .....                      | 80   |
| <i>medroxyprogesterone acetate</i>   |         | <i>mirtazapine</i> .....                 | 33      | <i>nicotine</i> .....                    | 21   |
| .....                                | 105     | <i>misoprostol</i> .....                 | 98      | <i>nicotine polacrilex</i> .....         | 21   |
| <i>mefenamic acid</i> .....          | 17      | M-M-R II.....                            | 114     | <i>nicotine polacrilex mini</i> .....    | 21   |
| <i>mefloquine hcl</i> .....          | 51      | <i>modafinil</i> .....                   | 127     | NICOTROL NS.....                         | 21   |
| <i>megestrol acetate</i> .....       | 105     | <i>moexipril hcl</i> .....               | 72, 73  | <i>nifedipine, de liberación</i>         |      |
| MEKINIST.....                        | 47      | <i>molindone hcl</i> .....               | 52      | <i>prolongada</i> .....                  | 75   |
| MEKTOVI.....                         | 47      | <i>mometasone furoate</i> .....          | 88, 122 | <i>nifedipine, de liberación</i>         |      |
| <i>meloxicam</i> .....               | 17      | <i>montelukast sodium</i> .....          | 122     | <i>prolongada, de liberación</i>         |      |
| <i>memantine hcl</i> .....           | 32      | <i>morphine sulfate</i> .....            | 18, 19  | <i>osmótica</i> .....                    | 75   |
| <i>memantine hcl, de liberación</i>  |         | MOUNJARO.....                            | 63      | <i>nilutamide</i> .....                  | 39   |
| <i>prolongada</i> .....              | 32      | <i>moxifloxacin hcl</i> .....            | 27, 119 | <i>nimodipine</i> .....                  | 75   |
| MENQUADFI.....                       | 114     | <i>moxifloxacin hcl en nacl</i> .....    | 27      | NINLARO.....                             | 47   |
| MENVEO.....                          | 114     | MRESVIA.....                             | 114     | <i>nitazoxanide</i> .....                | 51   |
| <i>mercaptopurine</i> .....          | 40, 112 | MULTAQ.....                              | 73      | <i>nitisinone</i> .....                  | 99   |
| <i>meropenem</i> .....               | 26      | <i>multivitamin/fluoride</i> .....       | 94      | NITRO-BID.....                           | 81   |
| <i>mesalamine</i> .....              | 115     | <i>multi-vitamin/fluoride</i> .....      | 94      | <i>nitrofurantoin macrocrystal</i> ...   | 23   |
| <i>mesna</i> .....                   | 50      | <i>multi-vitamin/fluoride/iron</i> ..... | 94      | <i>nitrofurantoin monohyd macro</i>      |      |
| <i>metformin hcl, de liberación</i>  |         | <i>mupirocin</i> .....                   | 90      | .....                                    | 23   |
| <i>prolongada</i> .....              | 63      | <i>mupirocin calcium</i> .....           | 90      | <i>nitroglycerin</i> .....               | 81   |
| <i>methadone hcl</i> .....           | 18      | <i>mycophenolate mofetil</i> .....       | 112     | <i>niva-fol</i> .....                    | 94   |
| <i>methazolamide</i> .....           | 120     | <i>mycophenolate sodium</i> .....        | 112     | NIVESTYM.....                            | 69   |
| <i>methenamine hippurate</i> .....   | 22      | MYHIBBIN.....                            | 112     | NORDITROPIN FLEXPPO. 101                 |      |
| <i>methimazole</i> .....             | 107     | MYRBETRIQ.....                           | 99      | <i>norethindrone</i> .....               | 105  |
| <i>methocarbamol</i> .....           | 126     | <i>na sulfate-k sulfate-mg sulf</i> ...  | 95      | <i>norethindrone acetate</i> .....       | 105  |
| <i>methotrexate sodium</i> .....     | 112     | <i>nabumetone</i> .....                  | 17      | <i>norethindrone-eth estradiol</i> . 105 |      |
| <i>methotrexate sodium (pf)</i> .... | 112     | <i>nadolol</i> .....                     | 74      | <i>norgestimate-eth estradiol</i> .. 103 |      |
| <i>methoxsalen, acción rápida</i> .. | 89      | <i>nafcillin sodium</i> .....            | 25      | <i>norgestim-eth estrad triphasic</i>    |      |
| <i>methscopolamine bromide</i> ....  | 96      | <i>naloxone hcl</i> .....                | 21      | .....                                    | 104  |
| <i>methsuximide</i> .....            | 30      | <i>naltrexone hcl</i> .....              | 21      | NORTREL 1/35 (21).....                   | 105  |
| <i>methylergonovine maleate</i> ..   | 100     | <i>naproxen</i> .....                    | 18      | NORTREL 1/35 (28).....                   | 105  |
| <i>methylphenidate hcl</i> .....     | 82, 83  | <i>naproxen sodium</i> .....             | 18      | NORTREL 7/7/7.....                       | 105  |
| <i>methylphenidate hcl (cd), de</i>  |         | <i>naratriptan hcl</i> .....             | 38      | <i>nortriptyline hcl</i> .....           | 35   |
| <i>liberación prolongada</i> .....   | 82      | <i>nascobal</i> .....                    | 94      | NORVIR.....                              | 60   |
| <i>methylprednisolone</i> .....      | 101     | NATACYN.....                             | 119     | <i>novofine plus, aguja para pluma</i>   |      |
| <i>metoclopramide hcl</i> .....      | 97      | <i>nateglinide</i> .....                 | 63      | .....                                    | 66   |
| <i>metolazone</i> .....              | 78      | NAYZILAM.....                            | 30      | <i>novofine, aguja para pluma</i> ..     | 66   |
| <i>metoprolol succinate, de</i>      |         | <i>nebivolol hcl</i> .....               | 74      | NOVOLIN 70/30.....                       | 66   |
| <i>liberación prolongada</i> .....   | 74      | <i>nefazodone hcl</i> .....              | 34      | NOVOLIN 70/30 FLEXPEN..                  | 66   |

|                                       |              |                                       |          |  |          |
|---------------------------------------|--------------|---------------------------------------|----------|--|----------|
| NOVOLIN N.....                        | 66           | ORENITRAM, MES 2.....                 | 125      | phendimetrazine tartrate.....          | 127      |
| NOVOLIN N FLEXPEN.....                | 66           | ORENITRAM, MES 3.....                 | 125      | phendimetrazine tartrate, de           |          |
| NOVOLIN R.....                        | 66           | ORGOVYX.....                          | 41       | liberación prolongada.....             | 127      |
| NOVOLIN R FLEXPEN.....                | 67           | ORKAMBI.....                          | 124      | phenelzine sulfate.....                | 33       |
| NOVOLOG.....                          | 67           | orlistat.....                         | 127      | phenobarbital.....                     | 30       |
| NOVOLOG 70/30 FLEXPEN                 |              | ORSERDU.....                          | 40       | phentermine-topiramate, de             |          |
| RELION.....                           | 67           | oseltamivir phosphate.....            | 60, 61   | liberación prolongada.....             | 127      |
| NOVOLOG FLEXPEN.....                  | 67           | OTEZLA.....                           | 89, 112  | phenytoin.....                         | 31       |
| NOVOLOG FLEXPEN RELION                |              | oxacillin sodium.....                 | 25, 26   | phytonadione.....                      | 94       |
| .....                                 | 67           | oxaprozin.....                        | 18       | PIFELTRO.....                          | 58       |
| NOVOLOG MIX 70/30.....                | 67           | oxcarbazepine.....                    | 31       | <i>pilocarpine hcl</i> .....           | 85, 120  |
| NOVOLOG MIX 70/30                     |              | OXERVATE.....                         | 118      | <i>pimecrolimus</i> .....              | 88       |
| FLEXPEN.....                          | 67           | oxybutynin chloride.....              | 99       | <i>pimozide</i> .....                  | 52       |
| NOVOLOG MIX 70/30 RELION              |              | oxybutynin chloride, de               |          | <i>pindolol</i> .....                  | 74       |
| .....                                 | 67           | liberación prolongada.....            | 99       | <i>pioglitazone hcl</i> .....          | 63       |
| NOVOLOG RELION.....                   | 67           | oxycodone hcl.....                    | 19, 20   | <i>pioglitazone hcl-glimepiride</i> .. | 63       |
| NOVOLOG, CARTUCHO                     |              | <i>oxycodone-acetaminophen</i> ...    | 20       | <i>pioglitazone hcl-metformin hcl</i>  |          |
| PARA PLUMA.....                       | 67           | <i>oxymorphone hcl</i> .....          | 20       | .....                                  | 63       |
| NP THYROID.....                       | 106          | <i>oxymorphone hcl, de liberación</i> |          | <i>piperacillin sod-tazobactam so</i>  |          |
| NUBEQA.....                           | 40           | <i>prolongada</i> .....               | 18       | .....                                  | 26       |
| NUDEXTA.....                          | 83           | oyster shell calcium.....             | 91       | PIQRAY, DOSIS DIARIA DE                |          |
| NULIBRY.....                          | 99           | oyster shell calcium w/d.....         | 91       | 200 MG.....                            | 47       |
| NUPLAZID.....                         | 54, 55       | OZEMPIC.....                          | 63       | PIQRAY, DOSIS DIARIA DE                |          |
| NURTEC.....                           | 38           | OZEMPIC, DOSIS DE 2 MG.....           | 63       | 250 MG.....                            | 47       |
| <i>nyamyc</i> .....                   | 37           | <i>pacerone</i> .....                 | 74       | PIQRAY, DOSIS DIARIA DE                |          |
| <i>nystatin</i> .....                 | 37           | <i>paliperidone, comprimidos</i> ...  | 55       | 300 MG.....                            | 47       |
| <i>nystatin-triamcinolone</i> .....   | 89           | PANRETIN.....                         | 89       | <i>pirfenidone</i> .....               | 125      |
| <i>nystop</i> .....                   | 37           | <i>pantoprazole sodium</i> .....      | 98       | <i>piroxicam</i> .....                 | 18       |
| NYVEPRIA.....                         | 69           | <i>paricalcitol</i> .....             | 116      | plan b one-step.....                   | 105      |
| OALIVA.....                           | 97           | <i>paroxetine hcl</i> .....           | 34       | PLEGRIDY.....                          | 84       |
| <i>octreotide acetate</i> .....       | 106          | <i>paroxetine mesylate</i> .....      | 34       | PLEGRIDY, TRATAMIENTO                  |          |
| ODEFSEY.....                          | 59           | PAXLOVID (150/100).....               | 61       | INICIAL.....                           | 84       |
| ODOMZO.....                           | 47           | PAXLOVID (300/100).....               | 61       | <i>podofilox</i> .....                 | 89       |
| OFEV.....                             | 125          | <i>pazopanib hcl</i> .....            | 47       | <i>polycin</i> .....                   | 119      |
| <i>ofloxacin</i> .....                | 27, 119, 120 | PEDIARIX.....                         | 114      | polyethylene glycol 3350.....          | 95       |
| OGSIVEO.....                          | 41           | pediavent.....                        | 122      | <i>polymyxin b-trimethoprim</i> ....   | 118      |
| OJEMDA.....                           | 47           | PEDVAX HIB.....                       | 114      | poly-vi-flor.....                      | 94       |
| <i>oijaara</i> .....                  | 41           | <i>peg 3350-kcl-na bicarb-nacl</i> .. | 95       | poly-vi-flor/iron.....                 | 94       |
| <i>olanzapine</i> .....               | 55           | <i>peg-3350/electrolitos</i> .....    | 95       | POMALYST.....                          | 40       |
| <i>olmesartan medoxomil</i> .....     | 71           | PEGASYS.....                          | 109, 110 | <i>portia-28</i> .....                 | 105      |
| <i>olmesartan medoxomil-hctz</i> ..   | 77           | PEMAZYRE.....                         | 47       | <i>posaconazole</i> .....              | 37       |
| <i>olmesartan-amlodipine-hctz</i> ..  | 77           | PENBRAYA.....                         | 114      | <i>potassium chloride</i> .....        | 91, 92   |
| <i>olopatadine hcl</i> .....          | 122          | <i>penicillamine</i> .....            | 92       | potassium chloride en nacl...          | 91       |
| <i>omega-3-acid ethyl esters</i> .... | 80           | <i>penicillin g pot</i> .....         | 26       | potassium citrate, de liberación       |          |
| <i>omeprazole</i> .....               | 98           | <i>penicillin g potassium</i> .....   | 26       | prolongada.....                        | 91       |
| omeprazole magnesium.....             | 98           | <i>penicillin g sodium</i> .....      | 26       | potassium cl, en dextrosa al 5         |          |
| OMNITROPE.....                        | 101, 102     | <i>penicillin v potassium</i> .....   | 26       | %.....                                 | 92       |
| <i>ondansetron</i> .....              | 35           | <i>penmenvy</i> .....                 | 114      | povidone-iodine.....                   | 90       |
| <i>ondansetron hcl</i> .....          | 35           | PENTACEL.....                         | 114      | pramipexole dihydrochloride..          | 51       |
| ONUREG.....                           | 40           | <i>pentamidine isethionate</i> .....  | 51       | prasugrel hcl.....                     | 70       |
| OPIPZA.....                           | 55           | pentoxifylline, de liberación         |          | pravastatin sodium.....                | 79       |
| OPSUMIT.....                          | 125          | prolongada.....                       | 77       | praziquantel.....                      | 50       |
| OPSYNVI.....                          | 125          | perampanel.....                       | 29       | prazosin hcl.....                      | 70       |
| <i>opvee</i> .....                    | 21           | perindopril erbumine.....             | 73       | prednisolone.....                      | 101, 119 |
| ORENITRAM.....                        | 125          | permethrin.....                       | 89       | prednisolone acetate.....              | 119      |
| ORENITRAM, MES 1.....                 | 125          | perphenazine.....                     | 52       | <i>prednisolone sodium phosphate</i>   |          |

|   |  |   |
|---|--|---|
| ..... 101, 119                          | QVAR REDIHALER .....122                    | <i>ropinirole hcl, de liberación</i>    |
| <i>prednisone</i> ..... 101             | RABAVERT .....114                          | <i>prolongada</i> ..... 51              |
| <i>prednisone intensol</i> ..... 101    | <i>rabeprazole sodium</i> .....98          | <i>rosuvastatin calcium</i> ..... 79    |
| <i>preferred plus, jeringa de</i>       | RADICAVA ORS.....83                        | ROTARIX ..... 114                       |
| <i>insulina</i> .....67                 | RADICAVA ORS, KIT DE                       | ROTATEQ..... 114                        |
| <i>pregabalin</i> .....84               | TRATAMIENTO INICIAL ..83                   | ROZLYTREK..... 48                       |
| PREMARIN ..... 104                      | RALDESY .....34                            | RUBRACA..... 48                         |
| PREMASOL .....93                        | <i>raloxifene hcl</i> .....40              | <i>rufinamide</i> .....31               |
| PREVALITE.....80                        | <i>ramelteon</i> .....126                  | RUKOBIA .....59                         |
| PREVYMIS.....57                         | <i>ramipril</i> .....73                    | RYBELSUS .....63                        |
| PREZCOBIX.....60                        | <i>ranolazine, de liberación</i>           | RYBELSUS (FORMULACIÓN                   |
| PREZISTA.....60                         | <i>prolongada</i> .....77                  | R2)..... 63                             |
| PRIFTIN .....38                         | <i>rasagiline mesylate</i> .....52         | RYDAPT.....48                           |
| <i>primaquine phosphate</i> .....51     | RECOMBIVAX HB .....114                     | SAJAZIR ..... 107                       |
| <i>primidone</i> .....30                | refresh celluvisc .....118                 | <i>salsalate</i> ..... 18               |
| PRIORIX ..... 114                       | refresh lacri-lube .....118                | SANTYL .....89                          |
| <i>probenecid</i> .....37               | refresh liquigel.....118                   | <i>sapropterin dihydrochloride</i> ..99 |
| <i>prochlorperazine</i> .....35         | RELENZA DISKHALER .....61                  | saxenda..... 128                        |
| <i>prochlorperazine maleate</i> ....35  | <i>reli-on, jeringa de insulina</i> ....67 | SCSEMBLIX .....48                       |
| PROCRIT .....69                         | RELISTOR.....96                            | <i>scopolamine</i> .....35              |
| <i>procto-med hc</i> .....88            | renal.....94                               | SECUADO .....56                         |
| <i>proctosol hc</i> .....88             | renova.....89                              | SELARSDI ..... 108                      |
| <i>proctozone-hc</i> .....88            | <i>repaglinide</i> .....63                 | <i>selegiline hcl</i> .....52           |
| <i>progesterone</i> ..... 105           | REPATHA.....80                             | <i>selenium sulfide</i> .....88         |
| PROGRAF.....112                         | REPATHA PUSHTRONEX                         | SELZENTRY .....59                       |
| PROLASTIN-C .....99                     | SYSTEM .....80                             | <i>sertraline hcl</i> .....34           |
| PROLIA ..... 116                        | REPATHA SURECLICK.....80                   | <i>sf 85</i>                            |
| PROMACTA .....69                        | RESTASIS .....118                          | <i>sf 5000 plus</i> .....85             |
| <i>promethazine hcl</i> .....35         | RESTASIS MULTIDOSE ....118                 | SHINGRIX ..... 114                      |
| PROMETHEGAN .....35                     | RETACRIT .....69                           | SIGNIFOR..... 106                       |
| <i>propafenone hcl</i> .....74          | RETEVMO .....41, 42                        | <i>sildenafil citrate</i> ..... 125     |
| <i>propafenone hcl, de liberación</i>   | REVCovi.....108                            | <i>silver sulfadiazine</i> .....89      |
| <i>prolongada</i> .....74               | REVUFORJ .....48                           | SIMBRINZA..... 120                      |
| <i>propranolol hcl</i> .....74          | REXULTI.....55                             | <i>simvastatin</i> .....80              |
| <i>propranolol hcl, de liberación</i>   | REYATAZ .....60                            | <i>sirolimus</i> ..... 112              |
| <i>prolongada</i> .....74               | REZDIFFRA.....97                           | SIRTURO .....39                         |
| <i>propylthiouracil</i> ..... 107       | REZLIDHIA .....48                          | SKYRIZI ..... 108                       |
| PROQUAD ..... 114                       | REZUROCK.....112                           | SKYRIZI, PLUMA ..... 108                |
| <i>protriptyline hcl</i> .....35        | RHOPRESSA .....117                         | slowmag mg muscle/heart ....92          |
| PULMOZYME.....124                       | <i>ribavirin</i> .....57                   | sm miconazole 7 .....37                 |
| <i>pyrazinamide</i> .....39             | <i>rifabutin</i> .....38                   | sodium bicarbonate .....97              |
| <i>pyridostigmine bromide</i> .....38   | <i>rifampin</i> .....39                    | <i>sodium chloride</i> .....92          |
| pyridoxine hcl .....94                  | <i>riluzole</i> .....83                    | <i>sodium fluoride</i> .....85          |
| <i>pyrimethamine</i> .....51            | <i>rimantadine hcl</i> .....61             | <i>sodium fluoride 5000 plus</i> ....85 |
| QINLOCK .....47                         | RINVOQ.....108                             | <i>sodium fluoride 5000 ppm</i> ....85  |
| QUADRACEL ..... 114                     | RINVOQ LQ.....108                          | SODIUM OXYBATE ..... 127                |
| <i>quetiapine fumarate</i> .....55      | <i>risedronate sodium</i> .....116         | <i>sodium phenylbutyrate</i> .....99    |
| quflora fe .....94                      | <i>risperidone</i> .....55, 56             | <i>sodium polystyrene sulfonate</i> 93  |
| quflora fe pediatric.....94             | RITONAVIR .....60                          | <i>solifenacin succinate</i> ..... 100  |
| quflora pediatric.....94                | <i>rivastigmine</i> .....32                | SOLQUA .....67                          |
| <i>quinapril hcl</i> .....73            | <i>rivastigmine tartrate</i> .....32       | SOLTAMOX .....40                        |
| <i>quinapril-hydrochlorothiazide</i> 77 | <i>rizatriptan benzoate</i> .....38        | soluvita with fluoride .....94          |
| <i>quinidine gluconate, de</i>          | ROCKLATAN .....118                         | SOMATULINE DEPOT ..... 106              |
| <i>liberación prolongada</i> .....74    | <i>roflumilast</i> .....124                | SOMAVERT ..... 106                      |
| <i>quinidine sulfate</i> .....74        | ROMVIMZA .....48                           | <i>sorafenib tosylate</i> .....48       |
| <i>quinine sulfate</i> .....51          | <i>ropinirole hcl</i> .....51              | <i>sotalol hcl</i> .....74              |

|                                      |          |   |          |                                      |        |
|--------------------------------------|----------|---|----------|--------------------------------------|--------|
| <i>sotalol hcl (af)</i> .....        | 74       | <i>telmisartan</i> .....                | 71       | <i>travoprost (sin bak)</i> .....    | 117    |
| SPIRIVA RESPIMAT .....               | 123      | <i>temazepam</i> .....                  | 127      | <i>trazodone hcl</i> .....           | 34     |
| <i>spironolactone</i> .....          | 78       | TENIVAC .....                           | 114      | TRELEGY ELLIPTA .....                | 126    |
| <i>spironolactone-hctz</i> .....     | 77       | <i>tenofovir disoproxil fumarate</i> .. | 59       | TRELSTAR MIXJECT .....               | 106    |
| <i>sprintec 28</i> .....             | 104      | tension headache.....                   | 16       | <i>tretinoin</i> .....               | 50, 86 |
| SPRITAM .....                        | 29       | TEPMETKO .....                          | 49       | <i>triamcinolone acetonide</i> ..    | 85, 88 |
| SPS (SODIUM                          |          | <i>terazosin hcl</i> .....              | 70       | <i>triamterene-hctz</i> .....        | 77, 78 |
| POLYSTYRENE SULF) ....               | 93       | <i>terbinafine hcl</i> .....            | 37       | <i>triazolam</i> .....               | 127    |
| <i>sronyx</i> .....                  | 104      | <i>terbutaline sulfate</i> .....        | 124      | tri-buffered aspirin .....           | 17     |
| <i>ssd</i> .....                     | 89       | <i>terconazole</i> .....                | 37       | TRIDACAINA II.....                   | 20     |
| STELARA .....                        | 108, 109 | <i>teriflunomide</i> .....              | 84       | TRIDACAINA XL .....                  | 20     |
| STIOLTO RESPIMAT .....               | 126      | TERIPARATIDE.....                       | 116      | <i>trientine hcl</i> .....           | 92     |
| STIVARGA .....                       | 48       | <i>testosterone</i> .....               | 102      | <i>tri-estarylla</i> .....           | 104    |
| <i>streptomycin sulfate</i> .....    | 22       | <i>testosterone cypionate</i> .....     | 102      | <i>trifluoperazine hcl</i> .....     | 52     |
| STRIBILD .....                       | 58       | <i>testosterone enanthate</i> .....     | 102      | <i>trifluridine</i> .....            | 119    |
| STRIVERDI RESPIMAT ....              | 124      | <i>tetrabenazine</i> .....              | 83       | <i>trihexyphenidyl hcl</i> .....     | 51     |
| strovite forte.....                  | 94       | <i>tetracycline hcl</i> .....           | 28       | TRIJARDY XR.....                     | 64     |
| strovite one.....                    | 94       | THALOMID .....                          | 40       | TRIKAFTA.....                        | 124    |
| <i>sucralfate</i> .....              | 98       | <i>theophylline</i> .....               | 124      | <i>tri-lo-estarylla</i> .....        | 104    |
| <i>sulfacetamide sodium</i> .....    | 119      | thiamine hcl.....                       | 92       | <i>trimethoprim</i> .....            | 23     |
| <i>sulfacetamide sodium, para</i>    |          | <i>thioridazine hcl</i> .....           | 52       | <i>trimipramine maleate</i> .....    | 35     |
| <i>tratar el acné</i> .....          | 27       | <i>thiothixene</i> .....                | 52       | TRINTELLIX.....                      | 34     |
| <i>sulfacetamide-prednisolone</i>    | 118      | <i>tiagabine hcl</i> .....              | 30       | triprocapts .....                    | 94     |
| <i>sulfadiazine</i> .....            | 27       | TIBSOVO .....                           | 49       | triple antibiotic .....              | 90     |
| <i>sulfamethoxazole-trimethoprim</i> |          | <i>ticagrelor</i> .....                 | 70       | triprolidine hcl .....               | 122    |
| .....                                | 27       | TICOVAC.....                            | 114      | <i>tri-sprintec</i> .....            | 104    |
| <i>sulfasalazine</i> .....           | 115      | <i>tigecycline</i> .....                | 23       | TRIUMEQ.....                         | 60     |
| <i>sulindac</i> .....                | 18       | <i>timolol maleate</i> .....            | 74, 120  | <i>triumeq pd</i> .....              | 60     |
| <i>sumatriptan</i> .....             | 38       | <i>tinidazole</i> .....                 | 23       | tri-vite/fluoride.....               | 95     |
| <i>sumatriptan succinate</i> .....   | 38       | tioconazole-1 .....                     | 37       | TROPHAMINE .....                     | 93     |
| <i>sunitinib malate</i> .....        | 48       | TIPHIM VI .....                         | 115      | <i>trospium chloride</i> .....       | 100    |
| SUNLENCA.....                        | 60       | TIVICAY .....                           | 58       | true vitamin d3.....                 | 95     |
| SYEDA .....                          | 104      | TIVICAY PD .....                        | 58       | TRULICITY.....                       | 64     |
| SYMDEKO .....                        | 124      | <i>tizanidine hcl</i> .....             | 57       | TRUMENBA .....                       | 114    |
| SYMPAZAN.....                        | 30       | TOBRADEX.....                           | 118      | TRUQAP .....                         | 49     |
| SYMTUZA .....                        | 58       | <i>tobramycin</i> .....                 | 119, 124 | TRYNGOLZA .....                      | 78     |
| SYNJARDY XR .....                    | 64       | <i>tobramycin sulfate</i> .....         | 22       | TUKYSA.....                          | 42     |
| SYNTHROID .....                      | 106      | <i>tobramycin-dexamethasone</i>         | 118      | TURALIO.....                         | 49     |
| systane night .....                  | 118      | <i>tolterodine tartrate</i> .....       | 100      | TWINRIX.....                         | 115    |
| systane nighttime.....               | 118      | <i>tolterodine tartrate, de</i>         |          | TYENNE.....                          | 112    |
| TABLOID.....                         | 40       | <i>liberación prolongada</i> .....      | 100      | <i>unithroid</i> .....               | 106    |
| TABRECTA .....                       | 48       | <i>tolvaptan</i> .....                  | 92       | <i>ursodiol</i> .....                | 97     |
| <i>tacrolimus</i> .....              | 88, 112  | <i>topiramate</i> .....                 | 29       | <i>ustekinumab</i> .....             | 109    |
| <i>tadalafil</i> .....               | 100      | <i>toremifene citrate</i> .....         | 40       | <i>valacyclovir hcl</i> .....        | 58     |
| <i>tadalafil (pah)</i> .....         | 125      | <i>torsemide</i> .....                  | 78       | VALCHLOR.....                        | 39     |
| TAFINLAR.....                        | 48       | TOUJEO MAX SOLOSTAR ..                  | 67       | <i>valganciclovir hcl</i> .....      | 57     |
| TAGRISSO.....                        | 49       | TOUJEO SOLOSTAR.....                    | 67       | <i>valproic acid</i> .....           | 29     |
| TALZENNA.....                        | 49       | TRADJENTA.....                          | 64       | <i>valsartan</i> .....               | 71     |
| <i>tamoxifen citrate</i> .....       | 40       | <i>tramadol hcl</i> .....               | 18, 20   | <i>valsartan-hydrochlorothiazide</i> | 78     |
| <i>tamsulosin hcl</i> .....          | 100      | <i>tramadol hcl, de liberación</i>      |          | VALTOCO, DOSIS DE 10 MG              |        |
| TASIGNA.....                         | 49       | <i>prolongada</i> .....                 | 18       | .....                                | 30     |
| <i>tasimelteon</i> .....             | 127      | <i>tramadol-acetaminophen</i> .....     | 20       | VALTOCO, DOSIS DE 15 MG              |        |
| TAVNEOS .....                        | 109      | <i>trandolapril</i> .....               | 73       | .....                                | 30     |
| <i>tazarotene</i> .....              | 86       | <i>tranexamic acid</i> .....            | 69       | VALTOCO, DOSIS DE 20 MG              |        |
| TAZVERIK.....                        | 49       | <i>tranylcypromine sulfate</i> .....    | 33       | .....                                | 30     |
| TEFLARO.....                         | 24       | TRATAMIENTO INICIAL .....               | 112      | VALTOCO, DOSIS DE 5 MG               | 30     |



|  |        |                              |          |   |     |
|--|--------|------------------------------|----------|---|-----|
| <i>vancomycin hcl</i> .....              | 23     | VIZIMPRO .....               | 49       | XPOVIO, CAJA DE                         |     |
| VANFLYTA.....                            | 49     | VONJO .....                  | 49       | COMPRIMIDOS.....                        | 42  |
| VAQTA .....                              | 115    | VORANIGO .....               | 42       | XTANDI .....                            | 40  |
| <i>varenicline tartrate</i> .....        | 21     | <i>voriconazole</i> .....    | 37       | XULANE.....                             | 104 |
| <i>varenicline tartrate, tratamiento</i> |        | VOWST.....                   | 97       | YESINTEK .....                          | 109 |
| <i>inicial</i> .....                     | 21     | VOYDEYA .....                | 69       | YF-VAX .....                            | 115 |
| VARIVAX.....                             | 115    | VRAYLAR .....                | 56       | YORVIPATH.....                          | 116 |
| VAXCHORA .....                           | 115    | VYNDAMAX.....                | 99       | YUVAFEM.....                            | 104 |
| VELIVET .....                            | 105    | VYNDAQEL .....               | 99       | zaditor .....                           | 118 |
| VENCLEXTA .....                          | 49     | <i>warfarin sodium</i> ..... | 68       | <i>zafirlukast</i> .....                | 122 |
| VENCLEXTA, TRATAMIENTO                   |        | wegovy .....                 | 128      | <i>zaleplon</i> .....                   | 127 |
| INICIAL, CAJA.....                       | 49     | WELIREG .....                | 42       | ZEJULA.....                             | 50  |
| <i>venlafaxine hcl</i> .....             | 34     | westab max.....              | 95       | ZELBORAF .....                          | 50  |
| VENTOLIN HFA .....                       | 124    | WINREVAIR .....              | 125      | ZENPEP .....                            | 99  |
| <i>verapamil hcl</i> .....               | 75, 77 | <i>wixela inhub</i> .....    | 126      | zepbound .....                          | 128 |
| VERQUVO .....                            | 78     | XALKORI .....                | 49, 50   | <i>zidovudine</i> .....                 | 59  |
| VERSACLOZ.....                           | 56     | XARELTO .....                | 68       | <i>ziprasidone hcl</i> .....            | 56  |
| VERZENIO .....                           | 49     | XARELTO, TRATAMIENTO         |          | <i>ziprasidone mesylate</i> .....       | 56  |
| V-GO 20 .....                            | 67     | INICIAL, CAJA.....           | 68       | ZIRGAN.....                             | 119 |
| V-GO 30 .....                            | 67     | XATMEP .....                 | 112      | <i>zoledronic acid</i> .....            | 116 |
| V-GO 40 .....                            | 67     | XCOPRI.....                  | 29       | ZOLINZA.....                            | 42  |
| <i>vigabatrin</i> .....                  | 30     | XDEMVY.....                  | 118      | <i>zolmitriptan</i> .....               | 38  |
| <i>vigadrone</i> .....                   | 30     | XELJANZ .....                | 109      | <i>zolpidem tartrate</i> .....          | 127 |
| VIGAFYDE .....                           | 30     | XELJANZ XR .....             | 109, 113 | <i>zolpidem tartrate, de liberación</i> |     |
| <i>vilazodone hcl</i> .....              | 34     | xenical .....                | 128      | <i>prolongada</i> .....                 | 127 |
| VIMKUNYA.....                            | 115    | XERMELO .....                | 96       | ZONISADE.....                           | 30  |
| VIRACEPT .....                           | 60     | XGEVA .....                  | 116      | <i>zonisamide</i> .....                 | 31  |
| VIREAD .....                             | 59     | XIFAXAN .....                | 23       | ZTALMY .....                            | 31  |
| vital-d rx.....                          | 95     | XIGDUO XR.....               | 64       | ZURZUVAE .....                          | 33  |
| vitamin d (ergocalciferol).....          | 95     | XOLAIR.....                  | 109      | ZYDELIG.....                            | 50  |
| vitamin k1 .....                         | 95     | XOSPATA.....                 | 50       | ZYKADIA.....                            | 50  |
| VITRAKVI .....                           | 49     | XPOVIO, 2 DOSIS              |          | ZYPREXA RELPREVV.....                   | 56  |
| VIVOTIF .....                            | 115    | SEMANALES .....              | 42       |   |     |

# **Aviso de disponibilidad de servicios de asistencia lingüística y de ayudas y servicios auxiliares**

**Ofrecemos servicios de asistencia lingüística gratuitos y ayudas y servicios auxiliares.**

**Albanian (Shqip)** - VINI RE: Nëse flisni shqip, shërbime falas të ndihmës së gjuhës janë në dispozicion për ju. Ndhma të përshtatshme dhe shërbime shtesë për të siguruar informacion në formate të përdorshme janë gjithashtu në dispozicion falas. Telefononi 800.942.0954 (TTY: 711) ose bisedoni me ofruesin tuaj të shërbimit.

**Arabic (العربية) - تنبيه:** إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فستتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية المجانية. كما تتوفر وسائل مساعدة وخدمات مناسبة لتوفير المعلومات بتنسيقات يمكن الوصول إليها مجاناً. اتصل على الرقم 800.942.0954 (TTY: 711) أو تحدث إلى مقدم الخدمة.

[illegible]

**Bengali (বাংলা)** - মনোযোগ দিন: যদি আপনি বাংলা বলেন তাহলে আপনার জন্য বিনামূল্যে ভাষা সহায়তা পরিষেবাদি উপলব্ধ রয়েছে। অ্যাক্সেসযোগ্য ফরম্যাটে তথ্য প্রদানের জন্য উপযুক্ত সহায়ক সহযোগিতা এবং পরিষেবাদিও বিনামূল্যে উপলব্ধ রয়েছে। 800.942.0954 (TTY: 711) নম্বরে কল করুন অথবা আপনার প্রদানকারীর সাথে কথা বলুন।

**Bosnian/Croatian (Bosanski/Hrvatski)** - PAŽNJA: Ako govorite bosanski/hrvatski, dostupne su vam besplatne jezičke usluge. Odgovarajuća pomagala i usluge za pružanje informacija u pristupačnim formatima takođe se pružaju besplatno. Pozovite 800.942.0954 (TTY: 711) ili kontaktirajte svog pružatelja usluga.

**Brazilian Portuguese (Português do Brasil)** - ATENÇÃO: Se você fala português do Brasil, serviços gratuitos de assistência linguística estão disponíveis para você. Auxílios e serviços auxiliares apropriados para fornecer informações em formatos acessíveis também estão disponíveis gratuitamente. Ligue para 800.942.0954 (TTY: 711) ou fale com seu provedor.

**Chinese – Simplified (中文)** - 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 800.942.0954 (TTY: 711) 或咨询您的服务提供商。

**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 800.942.0954 (TTY: 711) or speak to your provider.

**French (Français) - 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 800.942.0954 (TTY: 711) ou parlez à votre fournisseur.

**German (Deutsch) - ACHTUNG:** Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlose Sprachassistenzen zur Verfügung. Entsprechende Hilfsmittel und Dienste zur Bereitstellung von Informationen in barrierefreien Formaten stehen ebenfalls kostenlos zur Verfügung. Rufen Sie 800.942.0954 (TTY: 711) an oder sprechen Sie mit Ihrem Provider.

**Haitian Creole (Kreyòl Ayisyen) - ATANSYON:** Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd aladispozisyon w gratis pou lang ou pale a. Èd ak sèvis siplemantè apwopriye pou bay enfòmasyon nan fòm aksèsib yo disponib gratis tou. Rele nan 800.942.0954 (TTY: 711) oswa pale avèk founisè w la.

**Hindi (हिंदी) - 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। 800.942.0954 (TTY: 711) पर कॉल करें या अपने प्रदाता से बात करें।

**Italian (Italiano) - ATTENZIONE:** se parli Italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Sono inoltre disponibili gratuitamente ausili e servizi ausiliari adeguati per fornire informazioni in formati accessibili. Chiama l'800.942.0954 (TTY: 711) o parla con il tuo fornitore.

**Japanese (日本語) - 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。800.942.0954 (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。

**Korean (한국어) - 주의:** [한국어]를 사용하시는 경우 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 이용 가능한 형식으로 정보를 제공하는 적절한 보조 기구 및 서비스도 무료로 제공됩니다. 800.942.0954 (TTY: 711) 번으로 전화하거나 서비스 제공업체에 문의하십시오.

**Polish (Polski) - 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 800.942.0954 (TTY: 711) lub porozmawiaj ze swoim dostawcą.

**Russian (Русский) - 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 800.942.0954 (TTY: 711) или обратитесь к своему поставщику услуг.



**Serbian (Srpski)** - ПАЖЊА: Ако говорите језиком који није енглески, доступне су вам услуге бесплатне помоћи у вези језика. Одговарајућа помоћна средства и услуге ради пружања информација у приступачном формату су такође доступни без накнаде. Позовите 800.942.0954 (TTY: 711) или разговарајте са пружаоцем услуга.

**Spanish (Español)** - ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. También están disponibles de forma gratuita ayuda y servicios auxiliares apropiados para proporcionar información en formatos accesibles. Llame al 800.942.0954 (TTY: 711) o hable con su proveedor.

**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 800.942.0954 (TTY: 711) o makipag-usap sa iyong provider.

**Urdu (اردو)** - توجہ دیں: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کے لیے زبان کی مفت مدد کی خدمات دستیاب ہیں۔ قابل رسائی فارمیٹس میں معلومات فراہم کرنے کے لیے مناسب معاون امداد اور خدمات بھی مفت دستیاب ہیں 800.942.0954 (TTY: 711) پر کال کریں یا اپنے فراہم کنندہ سے بات کریں۔

**Vietnamese (Tiếng Việt)** - 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 800.942.0954 (TTY: 711) hoặc trao đổi với người cung cấp dịch vụ của bạn.

Fuente: lep.gov y cms.gov

Última actualización: mayo de 2025

10003-304

H8379\_NCMS400040102558BG\_C 04302025

Y0056\_NCMS400040102558BG\_C 04302025

©2025 Priority Health PH032 PH\_33078-1.2 05/25



Esta *Lista de medicamentos* se actualizó el 9/2/2025. Para obtener información actualizada o si tiene otras preguntas, comuníquese con nosotros a la línea gratuita 833.939.0983 (TTY 711). Del 1 de octubre al 31 de marzo, nuestro horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m., hora del este, los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, nuestro horario de atención es de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m. y los sábados desde las 8 a. m. hasta el mediodía, hora del este. También puede visitar [prioritymedicare.com](https://prioritymedicare.com).

ID 26328, Versión 7

Este formulario se actualizó el 9/2/2025.