



Formulario 2026

PriorityMedicare® Dual Premier (HMO D-SNP)

Lista de medicamentos con cobertura 2026
(*Listado 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 para enviarnos un mensaje o visitar 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

A. Descargos de responsabilidad	4
B. Preguntas frecuentes.....	4
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
C. Información general sobre la lista de medicamentos con cobertura	15
C1. Lista de medicamentos por afección médica.....	15
D. Índice de medicamentos con cobertura	132

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 **PriorityMedicare Dual Premier**.
- Puede consultar en todo momento la *lista de medicamentos con cobertura* actualizada de **PriorityMedicare Dual Premier** en línea en 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.
- **PriorityMedicare 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 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 **PriorityMedicare 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 **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

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. 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 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; **o**
- 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 **PriorityMedicare** 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 **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

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 **PriorityMedicare Dual Premier** antes de surtir la receta. La autorización previa es diferente a una derivación. **PriorityMedicare Dual Premier** podría no cubrir el medicamento si no obtiene una autorización previa.
- **Límites de cantidad:** en ocasiones, **PriorityMedicare Dual Premier** limita la cantidad que usted puede obtener de un medicamento.
- **Tratamiento escalonado:** en ocasiones, **PriorityMedicare 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. 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 envíemos 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 **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

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 **Priority**Medicare 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, muéstrelle 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 **Priority** Medicare 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 **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

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.

PriorityMedicare 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.

PriorityMedicare 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

Formulario de PriorityMedicare Dual Premier 2026

Índice de contenido

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

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

Formulario 2026

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Analgésicos		
Analgésicos		
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, suppositorio 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)	
Medicamentos antiinflamatorios no esteroideos		
acetaminophen-ibuprofen	\$0 (MC)	
celecoxib, por vía oral	\$0 (nivel 2)	
<i>diclofenac potassium, comprimidos de 50 mg, por vía oral</i>	\$0 (nivel 2)	
<i>diclofenac sodium, de liberación prolongada</i>	25 % (nivel 4)	
<i>diclofenac sodium, solución al 1.5 %, de uso tópico</i>	25 % (nivel 4)	QL (750 ML por 30 días)
<i>diclofenac sodium, comprimidos de 50 mg, 75 mg, de liberación retardada, por vía oral</i>	\$0 (nivel 2)	
<i>diclofenac-misoprostol, comprimidos de liberación retardada, por vía oral</i>	25 % (nivel 4)	
<i>diflunisal, por vía oral</i>	\$0 (nivel 2)	
<i>etodolac, por vía oral</i>	25 % (nivel 3)	
<i>flurbiprofen, comprimidos de 100 mg, por vía oral</i>	\$0 (nivel 2)	
gnp naproxen sodium, cápsulas, por vía oral	\$0 (MC)	
<i>ibu, comprimidos de 600 mg, 800 mg, por vía oral</i>	\$0 (nivel 2)	
ibuprofen junior strength, comprimidos masticables, por vía oral	\$0 (MC)	
ibuprofen, cápsulas, por vía oral	\$0 (MC)	
<i>ibuprofen, suspensión de 100 mg/5 ml, por vía oral</i>	25 % (nivel 4)	
ibuprofen, comprimidos de 200 mg, por vía oral	\$0 (MC)	
<i>ibuprofen, comprimidos de 400 mg, 600 mg, 800 mg, por vía oral</i>	\$0 (nivel 2)	
infants ibuprofen	\$0 (MC)	
<i>mefenamic acid, por vía oral</i>	25 % (nivel 4)	QL (30 de EA por 30 días)
<i>meloxicam, comprimidos, por vía oral</i>	\$0 (nivel 1)	
<i>nabumetone, 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>naproxen, comprimidos, por vía oral</i>	\$0 (nivel 2)	
naproxen sodium, comprimidos de 220 mg, por vía oral	\$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)	
Analgésicos opiáceos de acción prolongada		
<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)
Analgésicos opiáceos de acción corta		
<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
acetaminophen-codeine, comprimidos de 300-60 mg, por vía oral	25 % (nivel 4)	QL (180 de EA por 30 días)
butorphanol tartrate, por vía nasal	25 % (nivel 4)	QL (10 ML por 28 días)
codeine sulfate, comprimidos de 30 mg, 60 mg, por vía oral	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)
hydrocodone-acetaminophen, solución de 10-325 mg/15 ml, 7.5-325 mg/15 ml, por vía oral	25 % (nivel 4)	QL (5520 ML por 30 días)
hydrocodone-acetaminophen, comprimidos de 10-325 mg, 2.5-325 mg, 5-325 mg, 7.5-325 mg, por vía oral	25 % (nivel 4)	QL (360 de EA por 30 días)
hydrocodone-ibuprofen, comprimidos de 7.5-200 mg, por vía oral	25 % (nivel 4)	QL (150 de EA por 30 días)
hydromorphone hcl, líquido, por vía oral	25 % (nivel 4)	QL (2400 ML por 30 días)
hydromorphone hcl, comprimidos de 2 mg, 4 mg, por vía oral	25 % (nivel 4)	QL (180 de EA por 30 días)
hydromorphone hcl, comprimidos de 8 mg, por vía oral	25 % (nivel 4)	
hydromorphone hcl pf, solución de 10 mg/ml, 50 mg/5 ml, por vía inyectable	25 % (nivel 4)	QL (240 ML por 30 días)
morphine sulfate (concentrate), de 100 mg/5ml, concentrado para solución, por vía oral	25 % (nivel 4)	QL (60 ML por 30 días)
morphine sulfate, solución concentrada de 20 mg/ml, por vía oral	25 % (nivel 4)	QL (900 ML por 30 días)
morphine sulfate, solución, por vía oral	25 % (nivel 4)	QL (900 ML por 30 días)
morphine sulfate, comprimidos, por vía oral	25 % (nivel 4)	QL (180 de EA por 30 días)
oxycodone hcl, concentrado de 100 mg/5 ml, por vía oral	25 % (nivel 4)	QL (180 ML por 30 días)
oxycodone hcl, solución, por vía oral	25 % (nivel 4)	QL (1200 ML por 30 días)
oxycodone hcl, comprimidos de 10 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, por vía oral	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)
Anestésicos		
Anestésicos locales		
<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)
TRIDACAINÉ II	25 % (nivel 3)	PA; QL (90 de EA por 30 días)
TRIDACAINÉ III	25 % (nivel 3)	PA; QL (90 de EA por 30 días)
TRIDACAINÉ XL	25 % (nivel 3)	PA; QL (90 de EA por 30 días)
Fármacos para el tratamiento de adicciones y consumo excesivo de sustancias		
Fármacos para tratar la dependencia del alcohol		

* = 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)	
Fármacos para tratar la dependencia a los opioides		
<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)	
Fármacos antagonistas de los opioides		
<i>KLOXXADO</i>	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)	
<i>opvee</i>	25 % (nivel 3)	QL (2 de EA por 30 días)
Fármacos para dejar de fumar		
<i>bupropion hcl, de liberación prolongada, disuasivo para fumadores</i>	\$0 (nivel 2)	
<i>ft nicotine mini, comprimidos para la boca/garganta, 4 mg</i>	\$0 (MC)	QL (270 de EA por 30 días)
<i>nicotine polacrilex mini</i>	\$0 (MC)	QL (270 de EA por 30 días)
<i>nicotine polacrilex, para la boca y garganta</i>	\$0 (MC)	QL (270 de EA por 30 días)
<i>nicotine, parche transdérmico hasta 24 horas</i>	\$0 (MC)	QL (28 de EA por 28 días)
<i>NICOTROL NS</i>	25 % (nivel 4)	
<i>varenicline tartrate, tratamiento inicial</i>	25 % (nivel 4)	
<i>varenicline tartrate, comprimidos, por vía oral</i>	25 % (nivel 4)	
Antibióticos		
Aminoglucósidos		
<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)	HII
<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)	HII; 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)
Antibióticos, otros		
<i>aztreonam</i>	25 % (nivel 4)	HII
<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; HII
<i>daptomycin, solución reconstituida de 500 mg, por vía intravenosa</i>	25 % (nivel 5)*	HII
<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)	HII
<i>vancomycin hcl, solución reconstituida de 1.25 gm, 1.5 gm, 10 gm, por vía intravenosa</i>	25 % (nivel 4)	HII
<i>vancomycin hcl, solución reconstituida de 1.75 gm, 2 gm, por vía intravenosa</i>	\$0 (nivel 2)	HII
<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)	
<i>XIFAXAN, COMPRIMIDOS DE 200 MG, POR VÍA ORAL</i>	25 % (nivel 4)	PA; QL (9 de EA por 30 días)
<i>XIFAXAN, COMPRIMIDOS DE 550 MG, POR VÍA ORAL</i>	25 % (nivel 5)*	PA; QL (60 de EA por 30 días)
Antibióticos beta-lactámicos, cefalosporinas		
<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)	HII
<i>cefdinir</i>	\$0 (nivel 2)	
<i>cefepime hcl, solución reconstituida de 1 gm, por vía inyectable</i>	25 % (nivel 4)	HII
<i>cefepime hcl, solución reconstituida de 2 gm, por vía intravenosa</i>	25 % (nivel 4)	HII
<i>cefixime, cápsulas, por vía oral</i>	25 % (nivel 4)	
<i>cefoxitin sodium, por vía intravenosa</i>	25 % (nivel 4)	HII
<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)	HII
<i>ceftazidime, por vía intravenosa</i>	25 % (nivel 4)	HII
<i>ceftriaxone sodium, solución reconstituida de 1 gm, 2gm, 250 mg, 500 mg, por vía inyectable</i>	25 % (nivel 4)	HII
<i>ceftriaxone sodium, solución reconstituida de 10 gm, por vía intravenosa</i>	25 % (nivel 4)	HII
<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)	HII
<i>cefuroxime sodium, solución reconstituida de 1.5 gm, por vía intravenosa</i>	25 % (nivel 4)	HII
<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)	
Antibióticos beta-lactámicos, penicilinas		
<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)	HII
<i>ampicillin sodium, solución reconstituida de 10 gm, por vía intravenosa</i>	25 % (nivel 4)	HII
<i>ampicillin-sulbactam sodium, solución reconstituida de 3 (2-1) gm, por vía inyectable</i>	25 % (nivel 4)	HII
<i>ampicillin-sulbactam sodium, solución reconstituida de 15 (10-5) gm, por vía intravenosa</i>	25 % (nivel 4)	HII
<i>BICILLIN C-R</i>	25 % (nivel 3)	
<i>BICILLIN C-R 900/300</i>	25 % (nivel 3)	
<i>BICILLIN L-A, SUSPENSIÓN EN JERINGA PRECARGADA, POR VÍA INTRAMUSCULAR</i>	25 % (nivel 3)	
<i>dicloxacillin sodium</i>	\$0 (nivel 2)	
<i>nafcillin sodium, solución reconstituida de 1 gm, 2 gm, por vía inyectable</i>	25 % (nivel 4)	
<i>nafcillin 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)	HII
<i>penicillin g potassium, solución reconstituida de 20000000 unidades, por vía inyectable</i>	25 % (nivel 4)	HII
<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)	HII
Fármacos carbapenémicos		
<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)	
Macrólidos		
<i>azithromycin, por vía intravenosa</i>	25 % (nivel 4)	HII
<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
erythromycin base, cápsulas con partículas de liberación retardada, por vía oral	25 % (nivel 4)	
erythromycin base, comprimidos, por vía oral	25 % (nivel 4)	
erythromycin ethylsuccinate, comprimidos, por vía oral	25 % (nivel 4)	
erythromycin, por vía oral	25 % (nivel 4)	
Quinolónicos		
ciprofloxacin hcl, de uso oftálmico	\$0 (nivel 2)	
ciprofloxacin hcl, comprimidos de 250 mg, 500 mg, por vía oral	\$0 (nivel 1)	
ciprofloxacin hcl, comprimidos de 750 mg, por vía oral	\$0 (nivel 2)	
ciprofloxacin, en dextrosa al 5 %, solución de 200 mg/100 ml, por vía intravenosa	25 % (nivel 4)	
levofloxacin, en dextrosa al 5 %, solución de 500 mg/100 ml, 750 mg/150 ml, por vía intravenosa	25 % (nivel 4)	
levofloxacin, solución, por vía oral	25 % (nivel 4)	
levofloxacin, comprimidos, por vía oral	\$0 (nivel 2)	
moxifloxacin hcl en nacl	25 % (nivel 4)	HII
moxifloxacin hcl, por vía oral	25 % (nivel 3)	
ofloxacin, comprimidos de 300 mg, 400 mg, por vía oral	25 % (nivel 4)	
Sulfonamidas		
sulfacetamide sodium, para tratar el acné	25 % (nivel 4)	
sulfadiazine, por vía oral	25 % (nivel 4)	
sulfamethoxazole-trimethoprim, suspensión de 200-40 mg/5 ml, por vía oral	\$0 (nivel 2)	
sulfamethoxazole-trimethoprim, comprimidos, por vía oral	\$0 (nivel 1)	
Tetraciclinas		
demeclocycline hcl, por vía oral	25 % (nivel 4)	
doxycycline hyolate, por vía intravenosa	25 % (nivel 4)	B/D
doxycycline hyolate, cápsulas, 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>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)	
Anticonvulsivantes		
Anticonvulsivantes, otros		
<i>BRIVIACT, SOLUCIÓN, POR VÍA ORAL</i>	25 % (nivel 5)*	PA; QL (600 ML por 30 días)
<i>BRIVIACT, COMPRIMIDOS, POR VÍA ORAL</i>	25 % (nivel 5)*	PA; QL (60 de EA por 30 días)
<i>DIACOMIT</i>	25 % (nivel 5)*	PA
<i>EPIDIOLEX</i>	25 % (nivel 5)*	PA; QL (500 ML por 30 días)
<i>EPRONTIA</i>	25 % (nivel 4)	PA; QL (480 ML por 30 días)
<i>felbamate</i>	25 % (nivel 4)	
<i>FINTEPLA</i>	25 % (nivel 5)*	PA; QL (360 ML por 30 días)
<i>FYCOMPA, SUSPENSIÓN, POR VÍA ORAL</i>	25 % (nivel 5)*	PA; QL (680 ML por 28 días)
<i>FYCOMPA, 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>FYCOMPA, COMPRIMIDOS DE 2 MG, POR VÍA ORAL</i>	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)
Fármacos bloqueadores de los canales de calcio		
<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>methylsuximide</i>	25 % (nivel 3)	
ZONISADE	25 % (nivel 5)*	PA; QL (900 ML por 30 días)
Fármacos potenciadores del ácido gamma-aminobutírico (Gaba)		
<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>vigadrona, caja, por vía oral</i>	25 % (nivel 5)*	PA
<i>vigadrona, 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)
Fármacos bloqueadores de los canales de sodio		
<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)	
Fármacos contra la demencia		

* = 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
Fármacos contra la demencia, otros		
<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)
Inhibidores de la colinesterasa		
<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)
Fármacos antagonistas de los receptores N-Methyl-D-Aspartate (Nmida)		
<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)
Antidepresivos		
Antidepresivos, otros		
<i>AUVELITY</i>	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)
Inhibidores de la monoamina oxidasa		
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)	
Ssris/Snris (inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina/inhibidor de la recaptación de serotonina y norepinefrina)		
<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)
Tricíclicos		
<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
Antieméticos		
Antieméticos, otros		
<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)	
<i>PROMETHEGAN, SUPOSITORIOS DE 25 MG, POR VÍA RECTAL</i>	25 % (nivel 4)	
<i>scopolamine</i>	25 % (nivel 4)	
Fármacos complementarios para la terapia emetogénica		
<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>gransetron 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
Antimicóticos		
Antimicóticos		
<i>ABELCET</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>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)	HII
<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)	
CRESEMPA, 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)	HII
<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
nyamyc	\$0 (nivel 2)	QL (60 GM por 30 días)
nystatin, crema de uso tópico	\$0 (nivel 2)	
nystatin, ungüento de uso tópico	\$0 (nivel 2)	
nystatin, en polvo, de uso tópico	\$0 (nivel 2)	QL (240 GM por 30 días)
nystatin, tratamiento para la boca y garganta	\$0 (nivel 2)	QL (700 ML por 30 días)
nystatin, comprimidos, por vía oral	\$0 (nivel 2)	
nystop	\$0 (nivel 2)	QL (240 GM por 30 días)
posaconazole, comprimidos de liberación retardada, por vía oral	25 % (nivel 5)*	QL (93 de EA por 30 días)
sm miconazole 7, supositorios, por vía vaginal	\$0 (MC)	
terbinafine hcl, por vía oral	\$0 (nivel 2)	
terconazole	25 % (nivel 3)	
tioconazole-1	\$0 (MC)	
voriconazole, por vía intravenosa	25 % (nivel 4)	PA
voriconazole, suspensión reconstituida, por vía oral	25 % (nivel 5)*	
voriconazole, comprimidos, por vía oral	25 % (nivel 4)	
Fármacos antigotosos		
Fármacos antigotosos		
allopurinol, comprimidos de 100 mg, 300 mg, por vía oral	\$0 (nivel 1)	
colchicine, comprimidos, por vía oral	\$0 (nivel 2)	
colchicine-probenecid	25 % (nivel 3)	
febuxostat	25 % (nivel 4)	ST; QL (30 de EA por 30 días)
probenecid, por vía oral	25 % (nivel 3)	
Fármacos antimigrañosos		
Fármacos antagonistas de los receptores del péptido relacionado con el gen de la calcitonina (Cgrp)		
AIMOVIG	25 % (nivel 3)	PA; QL (1 ML por 30 días)
EMGALITY	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)
Alcaloides ergóticos		
<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)
Fármacos agonistas del receptor de serotonina (5-HT)		
<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)
Fármacos para el tratamiento de la miastenia		
Fármacos parasimpaticomiméticos		
<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)	
Fármacos antimicobacterianos		
Fármacos antimicobacterianos, otros		
<i>dapsone, por vía oral</i>	25 % (nivel 3)	
<i>PRIFTIN</i>	25 % (nivel 4)	
<i>rifabutin</i>	25 % (nivel 4)	
Fármacos antituberculosos		
<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
Fármacos antineoplásicos		
Fármacos alquilantes		
<i>cyclophosphamide, cápsulas, por vía oral</i>	25 % (nivel 3)	B/D
<i>CYCLOPHOSPHAMIDE, COMPRIMIDOS, POR VÍA ORAL</i>	25 % (nivel 3)	B/D
<i>GLEOSTINE, CÁPSULAS DE 10 MG, 40 MG, POR VÍA ORAL</i>	25 % (nivel 4)	
<i>GLEOSTINE, CÁPSULAS DE 100 MG, POR VÍA ORAL</i>	25 % (nivel 5)*	
<i>LEUKERAN</i>	25 % (nivel 5)*	
<i>MATULANE</i>	25 % (nivel 5)*	PA
<i>VALCHLOR</i>	25 % (nivel 5)*	PA; LA; QL (60 GM por 30 días)
Fármacos antiandrógenos		
<i>abiraterone acetate, comprimidos de 250 mg, por vía oral</i>	25 % (nivel 5)*	QL (120 de EA por 30 días)
<i>ABIRTEGA</i>	25 % (nivel 4)	QL (120 de EA por 30 días)
<i>bicalutamide</i>	\$0 (nivel 2)	
<i>ERLEADA, COMPRIMIDOS DE 240 MG, POR VÍA ORAL</i>	25 % (nivel 5)*	PA; QL (30 de EA por 30 días)
<i>ERLEADA, COMPRIMIDOS DE 60 MG, POR VÍA ORAL</i>	25 % (nivel 5)*	PA; QL (120 de EA por 30 días)
<i>EULEXIN</i>	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)
Fármacos antiangiogénicos		
<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
Fármacos antiestrógenos/moduladores		
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)	
Fármacos antimetabolitos		
<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)	
Fármacos antineoplásicos, otros		
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>ojaara</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)
Fármacos inhibidores de la aromatasa, 3.^a generación		

* = 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)	
Fármacos inhibidores de dianas moleculares		
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)
SCEMBLIX, COMPRIMIDOS DE 100 MG, POR VÍA ORAL	25 % (nivel 5)*	PA; QL (120 de EA por 30 días)
SCEMBLIX, COMPRIMIDOS DE 20 MG, POR VÍA ORAL	25 % (nivel 5)*	PA; QL (60 de EA por 30 días)
SCEMBLIX, 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
Fármacos retinoides		
<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
Fármacos complementarios al tratamiento		
<i>leucovorin calcium, por vía oral</i>	\$0 (nivel 2)	
<i>mesna, por vía oral</i>	25 % (nivel 4)	
Fármacos antiparasitarios		
Fármacos antihelmínticos		
<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)	
Fármacos antiprotozoarios		
<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)	
Fármacos antiparkinsonianos		
Fármacos anticolinérgicos		
<i>benztropine mesylate, por vía oral</i>	25 % (nivel 4)	
<i>trihexyphenidyl hcl, comprimidos, por vía oral</i>	25 % (nivel 3)	
Fármacos antiparkinsonianos, otros		
<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)	
Fármacos agonistas dopaminérgicos		
<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)	
Precursors de dopamina E inhibidores de L-aminoácido aromático decarboxilasa		
<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)	
Inhibidores de monoaminoxidasa B (Mao-B)		
<i>rasagiline mesylate, por vía oral</i>	25 % (nivel 4)	
<i>selegiline hcl, por vía oral</i>	\$0 (nivel 2)	
Fármacos antipsicóticos		
de 1.^a generación/típicos		
<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)	
de 2.^a generación/atípicos		
<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>Iurasidone 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)
Fármacos para pacientes con resistencia al tratamiento		
<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)
Fármacos antiespásticos		
Fármacos antiespásticos		
<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)	
Fármacos antivirales		
Fármacos contra el citomegalovirus (Cmv)		
<i>LIVTENCITY</i>	25 % (nivel 5)*	PA; QL (336 de EA por 28 días)
<i>PREVYMIS, CAJA, POR VÍA ORAL</i>	25 % (nivel 5)*	PA; QL (120 de EA por 30 días)
<i>PREVYMIS, COMPRIMIDOS, POR VÍA ORAL</i>	25 % (nivel 5)*	PA
<i>valganciclovir hcl, comprimidos, por vía oral</i>	25 % (nivel 3)	
Fármacos contra la hepatitis B (Hbv)		
<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)	
Fármacos contra la hepatitis C (Hcv)		
<i>EPCLUSA, CAJA DE 150-37.5 MG, POR VÍA ORAL</i>	25 % (nivel 5)*	PA; QL (28 de EA por 28 días)
<i>EPCLUSA, CAJA DE 200-50 MG, POR VÍA ORAL</i>	25 % (nivel 5)*	PA; QL (56 de EA por 28 días)
<i>EPCLUSA, COMPRIMIDOS, POR VÍA ORAL</i>	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)	
Fármacos antiherpéticos		
<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)	
Fármacos antirretrovíricos, inhibidores de la transferencia de la cadena de integrasa (Insti)		
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)
Fármacos antirretrovíricos, inhibidores no nucleósidos de la transcriptasa inversa (Nnrti)		
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
Fármacos antirretrovíricos, inhibidores nucleósidos y nucleótidos de la transcriptasa inversa (Nrti)		
<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)	
Fármacos antirretrovíricos, otros		
<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>triumeq pd</i>	25 % (nivel 4)	QL (180 de EA por 30 días)
Fármacos antirretrovíricos, inhibidores de la proteasa		
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)*	
Fármacos antigripales		
<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)	
Fármacos antivirales, fármacos contra el coronavirus		
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)
Fármacos ansiolíticos		
Fármacos ansiolíticos, otros		
<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)	
Benzodiazepinas		
<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)
Fármacos para el trastorno bipolar		
Fármacos estabilizadores del estado de ánimo		
<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)	
Reguladores de la glucosa en sangre		
Fármacos antidiabéticos		
<i>acarbose, por vía oral</i>	\$0 (nivel 2)	
<i>dapagliflozin propanediol</i>	25 % (nivel 3)	QL (30 de EA por 30 días)
<i>FARXIGA</i>	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)	
<i>GLIXAMBI</i>	25 % (nivel 3)	QL (30 de EA por 30 días)
<i>GVOKE HYPOPEN, CAJA DE 2</i>	25 % (nivel 3)	
<i>GVOKE, KIT</i>	25 % (nivel 3)	
<i>GVOKE PFS, SOLUCIÓN DE 1 MG/0.2 ML EN JERINGA PRECARGADA, POR VÍA SUBCUTÁNEA</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
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)
Fármacos para el control glucémico		
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 injectable</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)
Insulinas		

* = 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
assure id, jeringa de insulina de 29g x 1/2" 1 ml, con aguja de seguridad incorporada	\$0 (nivel 1)	PA
bd autoshield duo	\$0 (nivel 1)	PA
bd, aguja para pluma, 29 g x 12 mm	\$0 (nivel 1)	PA
bd micro u/f, aguja para pluma	\$0 (nivel 1)	PA
bd micro ultrafine, aguja para pluma	\$0 (nivel 1)	PA
bd u/f mini, aguja para pluma	\$0 (nivel 1)	PA
bd mini ultrafine, aguja para pluma	\$0 (nivel 1)	PA
bd nano 2nd gen, aguja para pluma	\$0 (nivel 1)	PA
bd nano u/f, aguja para pluma	\$0 (nivel 1)	PA
bd nano ultrafine, aguja para pluma	\$0 (nivel 1)	PA
bd orig ultrafine, aguja para pluma	\$0 (nivel 1)	PA
bd original u/f, aguja para pluma	\$0 (nivel 1)	PA
bd short u/f, aguja para pluma	\$0 (nivel 1)	PA
bd short ultrafine, aguja para pluma	\$0 (nivel 1)	PA
comfort assist, jeringa de insulina de 29g x 1/2" 1 ml	\$0 (nivel 1)	PA
cvs, apósitos de gasa estéril de 2"X2"	25 % (nivel 3)	PA
embecta autoshield duo	\$0 (nivel 1)	PA
embecta nano, aguja para pluma	\$0 (nivel 1)	PA
embecta nano 2 gen, aguja para pluma	\$0 (nivel 1)	PA
embecta ultrafine, aguja para pluma	\$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-yfgn</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)	
Hemoderivados y biomoduladores		
Anticoagulantes		
<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)	HII
<i>jantoven</i>	\$0 (nivel 1)	
<i>warfarin sodium, por vía oral</i>	\$0 (nivel 1)	
<i>XARELTO, SUSPENSIÓN RECONSTITUIDA, POR VÍA ORAL</i>	25 % (nivel 3)	QL (620 ML por 30 días)
<i>XARELTO, COMPRIMIDOS DE 10 MG, 20 MG, POR VÍA ORAL</i>	25 % (nivel 3)	QL (30 de EA por 30 días)
<i>XARELTO, COMPRIMIDOS DE 15 MG, 2.5 MG, POR VÍA ORAL</i>	25 % (nivel 3)	QL (60 de EA por 30 días)
<i>XARELTO, TRATAMIENTO INICIAL, CAJA</i>	25 % (nivel 3)	QL (51 de EA por 30 días)
Hemoderivados y biomoduladores, otros		

* = 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)
Fármacos hemostáticos		
<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
Fármacos antiagregantes plaquetarios		
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)
Fármacos cardiovasculares		
Fármacos agonistas adrenérgicos alfa		
<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)	
Fármacos bloqueadores alfa adrenérgicos		
<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)	
Fármacos antagonistas de los receptores de la angiotensina II		
<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)
Fármacos inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (ECA)		

* = 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)
Fármacos antiarrítmicos		
<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)	
<i>MULTAQ</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
pacerone, comprimidos de 200 mg, por vía oral	\$0 (nivel 2)	
propafenone hcl	\$0 (nivel 2)	
propafenone hcl, de liberación prolongada	25 % (nivel 4)	
quinidine gluconate, de liberación prolongada	25 % (nivel 4)	
quinidine sulfate, por vía oral	\$0 (nivel 2)	
sotalol hcl (af)	\$0 (nivel 2)	
sotalol hcl, por vía oral	\$0 (nivel 2)	
Fármacos bloqueadores adrenérgicos beta		
acebutolol hcl, por vía oral	\$0 (nivel 2)	
atenolol, por vía oral	\$0 (nivel 1)	
betaxolol hcl, por vía oral	\$0 (nivel 2)	
bisoprolol fumarate, comprimidos de 10 mg, 5 mg, por vía oral	\$0 (nivel 2)	
carvedilol	\$0 (nivel 1)	
carvedilol phosphate, de liberación prolongada	25 % (nivel 4)	
labetalol hcl, comprimidos de 100 mg, 200 mg, 300 mg, por vía oral	\$0 (nivel 2)	
metoprolol succinate, de liberación prolongada	\$0 (nivel 2)	
metoprolol tartrate, comprimidos de 100 mg, 25 mg, 50 mg, por vía oral	\$0 (nivel 1)	
nadolol, comprimidos de 20 mg, 40 mg, 80 mg, por vía oral	25 % (nivel 3)	
nebivolol hcl	25 % (nivel 4)	
pindolol	25 % (nivel 3)	
propranolol hcl, de liberación prolongada	\$0 (nivel 2)	
propranolol hcl, solución, por vía oral	25 % (nivel 4)	
propranolol hcl, comprimidos, por vía oral	\$0 (nivel 1)	
timolol maleate, por vía oral	\$0 (nivel 2)	
Fármacos bloqueadores de los canales de calcio, con dihidropiridinas		

* = 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)	
Fármacos bloqueadores de los canales de calcio, sin dihidropiridinas		
<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)	
Fármacos cardiovasculares, otros		
<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)
<i>ENTRESTO, CÁPSULAS CON GRÁNULOS DISPERSABLES, POR VÍA ORAL</i>	25 % (nivel 3)	QL (240 de EA por 30 días)
<i>ENTRESTO, COMPRIMIDOS, POR VÍA ORAL</i>	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>metyrosine</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)
Fármacos diuréticos, de asa		
<i>bumetanide, por vía oral</i>	\$0 (nivel 2)	
<i>furosemide, por vía inyectable</i>	25 % (nivel 4)	HII
<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>torsemide, por vía oral</i>	\$0 (nivel 2)	
Fármacos diuréticos ahorradores de potasio		
<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)	
Fármacos diuréticos tiazídicos		
<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)	
Fármacos derivados del ácido fíbrico para el tratamiento de dislipidemias		
<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)	
Fármacos inhibidores de la Hmg Coa reductasa para el tratamiento de dislipidemias		
<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)
Fármacos para el tratamiento de dislipidemias, otros		
<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)	
<i>NEXLETOL</i>	25 % (nivel 4)	PA; QL (30 de EA por 30 días)
<i>NEXLIZET</i>	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)	
<i>PREVALITE, CAJA, POR VÍA ORAL</i>	25 % (nivel 3)	
<i>REPATHA</i>	25 % (nivel 3)	PA; QL (2 ML por 28 días)
<i>REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM</i>	25 % (nivel 3)	PA; QL (3.5 ML por 30 días)
<i>REPATHA SURECLICK</i>	25 % (nivel 3)	PA; QL (2 ML por 28 días)
Fármacos vasodilatadores, de acción arterial directa		

* = 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)	
Fármacos vasodilatadores, de acción directa sobre arterias y venas		
<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)	
Fármacos que actúan sobre el sistema nervioso central		
Fármacos para el trastorno por déficit de atención e hiperactividad, con anfetaminas		
<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)
Fármacos para el trastorno por déficit de atención e hiperactividad, sin anfetaminas		
<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)
Fármacos que actúan sobre el sistema nervioso central, otros		
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)
NUEDEXTA	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)
Fármacos para tratar la fibromialgia		
<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)
Fármacos para tratar la esclerosis múltiple		
<i>AVONEX PEN, KIT DE PLUMA AUTOINYECTORA, POR VÍA INTRAMUSCULAR</i>	25 % (nivel 5)*	PA; QL (4 de EA por 28 días)
<i>AVONEX, KIT DE JERINGA PRECARGADA, POR VÍA INTRAMUSCULAR</i>	25 % (nivel 5)*	PA; QL (4 de EA por 28 días)
<i>BETASERON, KIT, POR VÍA SUBCUTÁNEA</i>	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)
<i>GLATOPA, SOLUCIÓN DE 20 MG/ML EN JERINGA PRECARGADA, POR VÍA SUBCUTÁNEA</i>	25 % (nivel 5)*	PA; QL (30 ML por 30 días)
<i>GLATOPA, SOLUCIÓN DE 40 MG/ML EN JERINGA PRECARGADA, POR VÍA SUBCUTÁNEA</i>	25 % (nivel 5)*	PA; QL (12 ML por 28 días)
<i>PLEGRIDY</i>	25 % (nivel 5)*	PA; QL (1 ML por 28 días)
<i>PLEGRIDY, TRATAMIENTO INICIAL, CAJA</i>	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
Fármacos para tratar problemas dentales y bucales		
Fármacos para tratar problemas dentales y bucales		
<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 acetonide, tratamiento para la boca y la garganta</i>	\$0 (nivel 2)	
Fármacos antiinfecciosos de uso tópico		
<i>first aid antiseptic, ungüento de uso tópico</i>	\$0 (MC)	
Fármacos dermatológicos		
Fármacos para el tratamiento del acné y la rosácea		
<i>acitretin</i>	25 % (nivel 4)	
<i>adapalene, gel al 0.1 %, de uso tópico</i>	\$0 (MC)	
<i>amnesteem, cápsulas de 10 mg, 20 mg, 40 mg, por vía oral</i>	25 % (nivel 3)	
<i>AMNESTEEM, CÁPSULAS DE 30 MG, POR VÍA ORAL</i>	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)	
<i>CLARAVIS</i>	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)
Fármacos para el tratamiento de dermatitis y prurito		
<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)	
hydrocortisone butyrate, crema de uso tópico	25 % (nivel 4)	
hydrocortisone, crema al 0.5 %, de uso tópico	\$0 (MC)	
hydrocortisone, crema al 1 %, de uso tópico	25 % (nivel 3)	
hydrocortisone, crema al 2.5 %, de uso tópico	\$0 (nivel 2)	
hydrocortisone, loción al 2.5 %, de uso tópico	\$0 (nivel 2)	QL (236 ML por 30 días)
hydrocortisone, ungüento al 2.5 %, de uso tópico	\$0 (nivel 2)	
hydrocortisone valerate, crema de uso tópico	25 % (nivel 4)	QL (120 GM por 30 días)
hydrocortisone valerate, ungüento de uso tópico	25 % (nivel 4)	
hydrocortisone/aloe max str	\$0 (MC)	
mometasone furoate, de uso tópico	\$0 (nivel 2)	
pimecrolimus	25 % (nivel 3)	QL (30 GM por 30 días)
procto-med hc, de uso tópico	\$0 (nivel 2)	
proctosol hc, de uso tópico	\$0 (nivel 2)	
proctozone-hc, de uso tópico	\$0 (nivel 2)	
selenium sulfide, loción de uso tópico	\$0 (nivel 2)	
tacrolimus, ungüento de uso tópico	25 % (nivel 4)	QL (100 GM por 30 días)
triamcinolone acetonide, crema de uso tópico	\$0 (nivel 2)	
triamcinolone acetonide, loción de uso tópico	\$0 (nivel 2)	
triamcinolone acetonide, ungüento al 0.025 %, 0.1 %, 0.5 %, de uso tópico	\$0 (nivel 2)	
Fármacos dermatológicos, otros		
calcipotriene, crema de uso tópico	25 % (nivel 3)	QL (120 GM por 30 días)
calcipotriene, ungüento de uso tópico	\$0 (nivel 2)	QL (120 GM por 30 días)
calcipotriene, solución de uso tópico	25 % (nivel 3)	QL (120 ML por 30 días)
calcitriol, de uso tópico	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)	
<i>OTEZLA, COMPRIMIDOS DE 30 MG, POR VÍA ORAL</i>	25 % (nivel 5)*	PA; QL (60 de EA por 30 días)
<i>PANRETIN</i>	25 % (nivel 5)*	PA; QL (60 GM por 30 días)
<i>podofilox, solución de uso tópico</i>	25 % (nivel 3)	
<i>renova</i>	\$0 (MC)	
<i>SANTYL</i>	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)	
Fármacos escabicidas y pediculicidas		
<i>gnp lice treatment (tratamiento para piojos), líquido de uso tópico</i>	\$0 (MC)	
<i>ivermectin, crema de uso tópico</i>	25 % (nivel 4)	QL (45 GM por 30 días)
<i>lice killing shampoo max str</i>	\$0 (MC)	
<i>permethrin, crema de uso tópico</i>	25 % (nivel 3)	QL (120 GM por 30 días)
Fármacos antiinfecciosos de uso tópico		
<i>acyclovir, ungüento de uso tópico</i>	25 % (nivel 4)	QL (30 GM por 30 días)
<i>betadine, solución al 10 %, de uso tópico</i>	\$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)	
Fármacos que contienen electrolitos, minerales, metales o vitaminas		
Fármacos que contienen suplementos de electrolitos y minerales		
<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 % (jerlinga de 10 ml), por vía inyectable</i>	25 % (nivel 4)	HII
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)	HII
<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)	HII
<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)	
Fármacos moduladores de electrolitos, minerales y metales		
<i>deferasirox, comprimidos de 180 mg, 360 mg, por vía oral</i>	25 % (nivel 4)	
<i>deferasirox, comprimidos de 90 mg, por vía oral</i>	25 % (nivel 3)	
<i>deferasirox, comprimidos solubles de 125 mg, por vía oral</i>	25 % (nivel 4)	
<i>deferasirox, comprimidos solubles de 250 mg, 500 mg, por vía oral</i>	25 % (nivel 5)*	
<i>JYNARQUE, COMPRIMIDOS, POR VÍA ORAL</i>	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)*	
Fármacos que contienen electrolitos, minerales, metales o vitaminas		
<i>CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/10)</i>	25 % (nivel 4)	B/D
<i>CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/5)</i>	25 % (nivel 4)	B/D
<i>CLINIMIX/DEXTROSE (5/15)</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
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
Fármacos quelantes de potasio		
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)	
Vitaminas		
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)	
Fármacos gastrointestinales		
Fármacos para tratar el estreñimiento		
bisacodyl ec	\$0 (MC)	
bisacodyl, por vía rectal	\$0 (MC)	
constulose	\$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)	
enulose	\$0 (nivel 2)	
fleet pediatric	\$0 (MC)	
gavilyte-c	\$0 (nivel 2)	
gavilyte-g	\$0 (nivel 2)	
generlac	\$0 (nivel 2)	
lactulose, solución de 10 gm/15 ml, por vía oral	\$0 (nivel 2)	
LINZESS	25 % (nivel 3)	QL (30 de EA por 30 días)
lubiprostone	25 % (nivel 4)	
na sulfate-k sulfate-mg sulf	25 % (nivel 3)	
peg 3350-kcl-na bicarb-nacl	\$0 (nivel 2)	
peg-3350/electrolitos	\$0 (nivel 2)	
polyethylene glicol 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
Fármacos antidiarreicos		
<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)
Fármacos espasmolíticos, gastrointestinales		
<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)	
Fármacos gastrointestinales, otros		
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
antiacid ultra strength, comprimidos masticables de 1000 mg, por vía oral	\$0 (MC)	
calcium carbonate antiacid, 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)
Fármacos antagonistas del receptor de histamina 2 (H2)		
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
Fármacos protectores		
<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)	
Inhibidores de la bomba de protones		
<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)	
<i>omeprazole magnesium, cápsulas de liberación retardada, por vía oral</i>	\$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)	
<i>omeprazole, comprimidos de liberación retardada, por vía oral</i>	\$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)	
Fármacos para tratar trastornos genéticos, enzimáticos o por falta de proteínas: reemplazo, modificadores, tratamiento		
Fármacos para tratar trastornos genéticos, enzimáticos o por falta de proteínas: reemplazo, modificadores, tratamiento		
<i>AMVUTTRA</i>	25 % (nivel 5)*	PA; QL (0.5 ML por 90 días)
<i>betaine</i>	25 % (nivel 5)*	LA
<i>CREON</i>	25 % (nivel 3)	
<i>cromolyn sodium, por vía oral</i>	25 % (nivel 4)	
<i>CYSTAGON</i>	25 % (nivel 3)	LA
<i>dichlorphenamide</i>	25 % (nivel 5)*	PA
<i>ENDARI</i>	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)
VYNDAQEL	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)	
Fármacos genitourinarios		
Antiespasmódicos urinarios		
<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)
Fármacos para tratar la hipertrofia benigna de próstata		
<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)	
Fármacos genitourinarios, otros		
<i>bethanechol chloride, por vía oral</i>	25 % (nivel 3)	
<i>ELMIRON</i>	25 % (nivel 4)	
<i>k-phos-neutral</i>	\$0 (MC)	
<i>methylergonovine maleate, por vía oral</i>	\$0 (nivel 2)	
Fármacos para tratamiento hormonal, estimulantes/reposición hormonal/modificadores (suprarrenales)		
Fármacos para tratamiento hormonal, estimulantes/reposición hormonal/modificadores (suprarrenales)		
<i>ACTHAR</i>	25 % (nivel 5)*	PA
<i>ACTHAR, GEL</i>	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)	
<i>CORTROPHIN</i>	25 % (nivel 5)*	PA
<i>DEXAMETHASONE INTENSOL</i>	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 inyectorable</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)	
Fármacos para tratamiento hormonal, estimulantes/reposición hormonal/modificadores (hipófisis)		
Fármacos para tratamiento hormonal, estimulantes/reposición hormonal/modificadores (hipófisis)		
<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)	
<i>INCRELEX</i>	25 % (nivel 5)*	PA; LA
<i>leuprolide acetate, 3 meses</i>	25 % (nivel 4)	
<i>leuprolide acetate, por vía intramuscular</i>	25 % (nivel 5)*	
<i>NORDITROPIN FLEXPOR, SOLUCIÓN EN PLUMA INYECTORA, POR VÍA SUBCUTÁNEA</i>	25 % (nivel 5)*	PA
<i>OMNITROPE, SOLUCIÓN EN CARTUCHO, POR VÍA SUBCUTÁNEA</i>	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
Fármacos para tratamiento hormonal, estimulantes/reposición hormonal/modificadores (hormonas y modificadores sexuales)		
Andrógenos		
<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)
Estrógenos		
<i>apri</i>	\$0 (nivel 2)	
<i>AUROVELA 24 FE</i>	25 % (nivel 4)	
<i>aviane</i>	\$0 (nivel 2)	
<i>BLISOVI 24 FE</i>	25 % (nivel 4)	
<i>DOTTI</i>	\$0 (nivel 2)	
<i>ELURYNG</i>	25 % (nivel 3)	
<i>enskyce, comprimidos de 0.15-30 mg-mcg, por vía oral</i>	\$0 (nivel 2)	
<i>estarrylla</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)	
<i>HAILEY 24 FE</i>	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)	
<i>JUNEL FE 24</i>	25 % (nivel 4)	
<i>kariva</i>	\$0 (nivel 2)	NE
<i>KELNOR 1/35</i>	25 % (nivel 4)	
<i>KELNOR 1/50</i>	25 % (nivel 4)	
<i>LARIN 24 FE</i>	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)	
<i>LORYNA</i>	25 % (nivel 4)	
<i>LYLLANA</i>	\$0 (nivel 2)	
<i>microgestin 1/20</i>	\$0 (nivel 2)	
<i>MIMVEY</i>	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-estarrylla</i>	\$0 (nivel 2)	
<i>tri-lo-estarrylla</i>	\$0 (nivel 2)	
<i>tri-sprintec</i>	\$0 (nivel 2)	
XULANE	25 % (nivel 3)	NE
YUVAFEM	25 % (nivel 4)	NE
Fármacos para tratamiento hormonal, estimulantes/reposición hormonal/modificadores (hormonas y modificadores sexuales)		
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)	
Fármacos que contienen progestina		
<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 estradiol, 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-ethinodiol 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)	
Fármacos para tratamiento hormonal, estimulantes/reposición hormonal/modificadores (tiroides)		
Fármacos para tratamiento hormonal, estimulantes/reposición hormonal/modificadores (tiroides)		
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)	
Fármacos para tratamiento hormonal, supresores (hipófisis)		
Fármacos para tratamiento hormonal, supresores (hipófisis)		
<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
Fármacos para tratamiento hormonal, supresores (tiroides)		
Fármacos antitiroideos		

* = 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)	
Fármacos para tratar trastornos del sistema inmunitario		
Fármacos para tratar el angioedema		
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)
Fármacos que contienen inmunoglobinas		
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
Fármacos para tratar trastornos del sistema inmunitario, otros		
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)
Fármacos inmunoestimulantes		
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)*	
Fármacos inmunosupresores		
<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/UVEIT, 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)
Vacunas		
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)
<i>bcg, vacuna, solución reconstituida, por vía inyectable</i>	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)	
ENGERIX-B, SUSPENSIÓN DE 20 MCG/ML, POR VÍA INYECTABLE	25 % (nivel 3)	B/D
ENGERIX-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)
penmenvy	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)	
Fármacos para tratar la enfermedad inflamatoria intestinal		
Fármacos aminosalicilatos		
<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)	
Glucocorticoids		
<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)	
Fármacos para tratar las enfermedades metabólicas óseas		
Fármacos para tratar las enfermedades metabólicas óseas		
<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
Fármacos para tratamientos oftalmológicos		
Fármacos oftalmológicos análogos de prostaglandina y de prostamida		

* = 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
bimatoprost, de uso oftálmico	\$0 (nivel 2)	
latanoprost, de uso oftálmico	\$0 (nivel 2)	
LUMIGAN, SOLUCIÓN AL 0.01 %, DE USO OFTÁLMICO	25 % (nivel 3)	
RHOPRESSA	25 % (nivel 3)	
travoprost (sin bak)	25 % (nivel 3)	ST
Fármacos para tratamientos oftalmológicos, otros		
artificial tears, solución al 0.5-0.6 %, de uso oftálmico	\$0 (MC)	
atropine sulfate, solución al 1 %, de uso oftálmico	25 % (nivel 3)	
bacitrac-neomycin-polymyxin-hc	\$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)
dorzolamide hcl-timolol mal	\$0 (nivel 2)	
dorzolamide hcl-timolol mal pf, solución al 2-0.5 %, de uso oftálmico	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)	
neomycin-polymyxin-dexameth, ungüento, de uso oftálmico	\$0 (nivel 2)	
neomycin-polymyxin-dexameth, suspensión de 3.5-10000-0.1, de uso oftálmico	\$0 (nivel 2)	
neomycin-polymyxin-gramicidin, solución de 1.75-10000-.025, de uso oftálmico	\$0 (nivel 2)	
neomycin-polymyxin-hc, suspensión de 3.5-10000-1, de uso oftálmico	25 % (nivel 4)	
neo-polycin	\$0 (nivel 2)	
neo-polycin hc	\$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)
Colirios antialérgicos		
<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
Fármacos antiinfecciosos oftálmicos		
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)
<i>NATACYN</i>	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)	
<i>ZIRGAN</i>	25 % (nivel 3)	
Antiinflamatorios oftálmicos		
<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)	
Fármacos bloqueadores beta adrenérgicos de uso oftálmico		

* = 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)	
Fármacos hipotensores oculares, otros		
<i>acetazolamide, de liberación prolongada</i>	25 % (nivel 3)	
<i>ALPHAGAN P, SOLUCIÓN AL 0.1 %, DE USO OFTÁLMICO</i>	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)	
<i>COMBIGAN</i>	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)	
<i>SIMBRINZA</i>	25 % (nivel 4)	
Fármacos para tratar infecciones óticas		
Fármacos para tratar infecciones óticas		
<i>acetic acid, de uso ótico</i>	\$0 (nivel 2)	
<i>CIPRO HC</i>	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
Fármacos para tratar problemas pulmonares y del aparato respiratorio		
Antihistamínicos		
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)	
Antiinflamatorios, corticoides inhalados		
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 REDIHALER	25 % (nivel 3)	QL (21.2 GM por 30 días); NE
Fármacos antileucotrienos		
<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)	
Broncodilatadores, anticolinérgicos		
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)
Broncodilatadores, simpaticomiméticos		
<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>breyna</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)
Fármacos para tratar la fibrosis quística		
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)
Estabilizadores de mastocitos		
cromolyn sodium nasal, por vía nasal	\$0 (MC)	
Inhibidores de la fosfodiesterasa, enfermedad de las vías respiratorias		
roflumilast	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)	
Fármacos antihipertensores pulmonares		
ADEMPAS	25 % (nivel 5)*	PA; LA; QL (90 de EA por 30 días)
ambrisentan	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)
Fármacos para tratar la fibrosis pulmonar		
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)
Fármacos para tratar problemas del aparato respiratorio, otros		
<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 inhale, 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)
Relajantes musculoesqueléticos		
Relajantes musculoesqueléticos		
<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)	
Fármacos para tratar los trastornos del sueño		
Fármacos inductores al sueño		
<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)
Fármacos promotores de la vigilia		
<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)
<i>SODIUM OXYBATE</i>	25 % (nivel 5)*	PA; LA; QL (540 ML por 30 días)
Fármacos para la pérdida o el aumento de peso		
Combinaciones de anorexígenos		
<i>phentermine-topiramate, de liberación prolongada</i>	\$0 (MC)	PA
Anorexígenos		
<i>adipex-p, comprimidos, por vía oral</i>	\$0 (MC)	PA
<i>benzphetamine hcl, comprimidos de 50 mg, por vía oral</i>	\$0 (MC)	PA
<i>diethylpropion hcl er</i>	\$0 (MC)	PA
<i>diethylpropion hcl, por vía oral</i>	\$0 (MC)	PA
<i>lomaira</i>	\$0 (MC)	PA
<i>phendimetrazine tartrate</i>	\$0 (MC)	PA
<i>phendimetrazine tartrate, de liberación prolongada</i>	\$0 (MC)	PA
<i>phentermina hcl, por vía oral</i>	\$0 (MC)	PA
Antioberesidad: agentes reductores de la absorción de grasa		
<i>orlistat, por vía oral</i>	\$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)
Antiobesidad: agonistas del receptor del péptido-1 similar al glucagón (Glp-1)		
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	<i>ARIKAYCE</i>	22
<i>abacavir sulfate-lamivudine</i>	59	<i>allergy relief</i>	122	<i>ariprazole</i>	53
<i>ABELCET</i>	35	<i>allopurinol</i>	37	<i>armodafinil</i>	127
<i>abilify asimtufii</i>	52	<i>alosetron hcl</i>	96	<i>ARMOUR THYROID</i>	105
<i>ABILIFY MAINTENA</i>	53	<i>ALPHAGAN P</i>	120	<i>ARNUITY ELLIPTA</i>	122
<i>abiraterone acetate</i>	39	<i>alprazolam</i>	61	<i>artificial tears</i>	117
<i>ABIIRTEGA</i>	39	<i>altavera</i>	104	<i>asenapine maleate</i>	53
<i>abrysvo</i>	113	<i>aluminum hydroxide gel</i>	96	<i>aspirin</i>	16
<i>acamprosate calcium</i>	21	<i>ALUNBRIG</i>	43	<i>aspirin low dose</i>	70
<i>acarbose</i>	62	<i>alyacen 1/35</i>	104	<i>aspirin-dipyridamole, de liberación prolongada</i>	70
<i>acebutolol hcl</i>	74	<i>amantadine hcl</i>	51	<i>assure id</i>	65
<i>acetaminophen</i>	16	<i>ambrisentan</i>	124	<i>ASTAGRAF XL</i>	110
<i>acetaminophen childrens</i>	16	<i>amikacin sulfate</i>	21	<i>atazanavir sulfate</i>	60
<i>acetaminophen extra strength</i>	16	<i>amiloride hcl</i>	78	<i>atenolol</i>	74, 76
acetaminophen, de liberación 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
<i>acetaminophen-ibuprofen</i>	17	<i>amitriptyline hcl</i>	34	<i>atorvastatin calcium</i>	79
<i>acetazolamide</i>	75	<i>amlodipine besy-benazepril hcl</i>	75, 76	<i>atovaquone</i>	50
<i>acetazolamide, de liberación prolongada</i>	120	<i>amlodipine besylate</i>	75	<i>atovaquone-proguanil hcl</i>	50
<i>acetic acid</i>	120	<i>amlodipine besylate-valsartan</i>	76	<i>atropine sulfate</i>	117
<i>acetylcysteine</i>	125	<i>amlodipine-olmesartan</i>	76	<i>ATROVENT HFA</i>	122
<i>acid gone</i>	96	<i>ammonium lactate</i>	86	<i>AUGTYRO</i>	43
<i>acid reducer complete</i>	97	<i>amnesteem</i>	85	<i>AUROVELA 24 FE</i>	102
<i>acitretin</i>	85	<i>AMNESTEEM</i>	85	<i>AUSTEDO</i>	83
<i>ACTHAR</i>	100	<i>amoxapine</i>	34	<i>AUSTEDO XR</i>	83
<i>ACTHIB</i>	113	<i>amoxicillin</i>	24, 25	<i>AUSTEDO XR, PARA AJUSTE DE DOSIS DEL PACIENTE</i>	83
<i>ACTIMMUNE</i>	109	<i>amoxicillin-pot clavulanate</i>	25		
<i>acyclovir</i>	57, 89	<i>amoxicillin-pot clavulanate, de liberación prolongada</i>	25		
<i>acyclovir sodium</i>	57	<i>amphetamine-dextroamphet</i>	81		
<i>ADACEL</i>	113	<i>amphetamine-dextroamphetamine</i>	81		
<i>adalimumab-adaz</i>	110				
<i>adapalene</i>	85				
<i>adefovir dipivoxil</i>	57				
<i>ADEMPAS</i>	124				
<i>adipex-p</i>	127				
<i>ADVAIR HFA</i>	125				
<i>AIMOVIG</i>	37				
<i>AKEEGA</i>	43				
<i>ala-hist ir.</i>	121				
<i>albendazole</i>	50				
<i>albuterol sulfate</i>	123				
<i>albuterol sulfate hfa</i>	123				
<i>alclometasone dipropionate</i>	86				
<i>ALECENSA</i>	43				
<i>alendronate sodium</i>	115				
<i>alfuzosin hcl, de liberación prolongada</i>	100				
<i>aliskiren fumarate</i>	75				
<i>allergy childrens</i>	121				
<i>allergy relief</i>	122				
<i>allopurinol</i>	37				
<i>alosetron hcl</i>	96				
<i>ALPHAGAN P</i>	120				
<i>alprazolam</i>	61				
<i>altavera</i>	104				
<i>aluminum hydroxide gel</i>	96				
<i>ALUNBRIG</i>	43				
<i>alyacen 1/35</i>	104				
<i>amantadine hcl</i>	51				
<i>ambrisentan</i>	124				
<i>amikacin sulfate</i>	21				
<i>amiloride hcl</i>	78				
<i>amiloride-hydrochlorothiazide</i>	75				
<i>amiodarone hcl</i>	73				
<i>amitriptyline hcl</i>	34				
<i>amlodipine besy-benazepril hcl</i>	75, 76				
<i>amlodipine besylate</i>	75				
<i>amlodipine besylate-valsartan</i>	76				
<i>amlodipine-olmesartan</i>	76				
<i>ammonium lactate</i>	86				
<i>amnesteem</i>	85				
<i>AMNESTEEM</i>	85				
<i>amoxapine</i>	34				
<i>amoxicillin</i>	24, 25				
<i>amoxicillin-pot clavulanate</i>	25				
<i>amoxicillin-pot clavulanate, de liberación prolongada</i>	25				
<i>amphetamine-dextroamphet</i>	81				
<i>amphetamine-dextroamphetamine</i>	81				
<i>amphotericin b</i>	36				
<i>amphotericin b liposome</i>	36				
<i>ampicillin</i>	25				
<i>ampicillin sodium</i>	25				
<i>ampicillin-sulbactam sodium</i>	25				
<i>AMVUTTRA</i>	98				
<i>anagrelide hcl</i>	69				
<i>anastrozole</i>	43				
<i>ANORO ELLIPTA</i>	126				
<i>antiacid ultra strength</i>	97				
<i>apraclonidine hcl</i>	120				
<i>aprepitant</i>	35				
<i>api</i>	102				
<i>APTVUS</i>	60				
<i>ARCALYST</i>	107				
<i>arexvy</i>	113				
<i>arformoterol tartrate</i>	123				
<i>ARIKAYCE</i>	22				
<i>ariprazole</i>	53				
<i>armodafinil</i>	127				
<i>ARMOUR THYROID</i>	105				
<i>ARNUITY ELLIPTA</i>	122				
<i>artificial tears</i>	117				
<i>asenapine maleate</i>	53				
<i>aspirin</i>	16				
<i>aspirin low dose</i>	70				
<i>aspirin-dipyridamole, de liberación prolongada</i>	70				
<i>assure id</i>	65				
<i>ASTAGRAF XL</i>	110				
<i>atazanavir sulfate</i>	60				
<i>atenolol</i>	74, 76				
<i>atenolol-chlorthalidone</i>	76				
<i>atomoxetine hcl</i>	82				
<i>atorvastatin calcium</i>	79				
<i>atovaquone</i>	50				
<i>atovaquone-proguanil hcl</i>	50				
<i>atropine sulfate</i>	117				
<i>ATROVENT HFA</i>	122				
<i>AUGTYRO</i>	43				
<i>AUROVELA 24 FE</i>	102				
<i>AUSTEDO</i>	83				
<i>AUSTEDO XR</i>	83				
<i>AUSTEDO XR, PARA AJUSTE DE DOSIS DEL PACIENTE</i>	83				
<i>AUVELITY</i>	32				
<i>aviane</i>	102				
<i>AVMAPKI FAKZYNJA, CAJA COMBINADA</i>	40				
<i>AVONEX PEN</i>	84				
<i>AVONEX, KIT DE JERINGA</i>	84				
<i>AYVAKIT</i>	43				
<i>AZASITE</i>	118				
<i>azathioprine</i>	110				
<i>azelaic acid</i>	85				
<i>azelastine hcl</i>	118, 121				
<i>azithromycin</i>	26				
<i>aztreonam</i>	22				
<i>bacitracin</i>	118				
<i>bacitracin-polymyxin b</i>	118				
<i>bacitra-neomycin-polymyxin-hc</i>	117				
<i>baclofen</i>	56				
<i>bacmin</i>	93				
<i>balsalazide disodium</i>	115				
<i>BALVERSA</i>	43				
<i>BAQSIMI, CAJA CON DOS</i>					

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

CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/5)	110
.....	92
CLINIMIX/DEXTROSE (5/15)92	110
CLINIMIX/DEXTROSE (5/20)93	121
clobazam.....	117
clobetasol propionate	98
clobetasol propionate e.....	117
clomipramine hcl.....	117
clonazepam.....	117
clonidine	117
clonidine hcl.....	117
clopidogrel bisulfate.....	117
clorazepate dipotassium	117
clotrimazole	117
clotrimazole-betamethasone .	117
clozapine	117
COARTEM	117
COBENFY	117
COBENFY, TRATAMIENTO INICIAL, CAJA	117
codeine sulfate	117
colchicine	117
colchicine-probenecid	117
colesevelam hcl.....	117
colestipol hcl.....	117
colistimethate sodium (cba) ..	117
COMBIGAN	117
COMBIVENT RESPIMAT ...	117
COMETRIQ	117
COMETRIQ, DOSIS DIARIA DE 60 MG	117
comfort assist, jeringa de insulina	117
constulose	117
COPIKTRA	117
CORTROPHIN	117
corvita.....	117
corvite.....	117
COSENTYX.....	117
COSENTYX SENOREADY, DOSIS DE 300 MG	117
COSENTYX UNOREADY...107	117
COSENTYX, DOSIS DE 300 MG.....	117
COTELIC.....	117
CREON	117
CRESEMBA	117
cromolyn sodium . 98, 118, 124, 126	117
CRYSELLLE-28	117
cupric chloride	117
cvs, apósitos de gasa estéril.	117
cyanocobalamin.....	117
cyclobenzaprine hcl.....	117
cyclophosphamide	117
CYCLOPHOSPHAMIDE	117
cyclosporine	117
cyclosporine, modificado	117
cyproheptadine hcl.....	117
CYSTADROPS	117
CYSTAGON.....	117
CYSTARAN	117
dabigatran etexilate mesylate	117
dalfampridine, de liberación prolongada	117
danazol	117
dantrolene sodium	117
DANZITEN	117
dapagliflozin propanediol	117
dapsone.....	117
DAPTACEL	117
daptomycin	117
darunavir.....	117
dasatinib	117
DAURISMO	117
deferasirox	117
DELSTRIGO	117
demeclocycline hcl.....	117
DENGVAXIA	117
denta 5000 plus	117
DEPO-SUBQ PROVERA 104	117
DESCOVY	117
desipramine hcl.....	117
desloratadine	117
desmopressin ace, aerosol, fármaco refrigerado	117
desmopressin acetate	117
desonide	117
desoximetasone	117
desvenlafaxine succinate, de liberación prolongada	117
dexamethasone	117
DEXAMETHASONE INTENSOL	117
dexamethasone sodium phosphate	117
dexamethylphenidate hcl	117
dexamethylphenidate hcl, de liberación prolongada	117
dextroamphetamine sulfate	117
dextrose	117
dextrose-nacl	117
dextrose-sodium chloride	117
DIACOMIT	117
dialyvite	117
dialyvite 3000	117
dialyvite 5000	117
dialyvite supreme d	117
dialyvite/zinc	117
diazepam	117
DIAZEPAM INTENSOL	117
diazoxide	117
dichlorphenamide	117
diclofenac potassium	117
diclofenac sodium.....	117
diclofenac sodium, de liberación prolongada	117
diclofenac-misoprostol	117
dicloxacillin sodium	117
dicyclomine hcl	117
diethylpropion hcl	117
DIFCID	117
diflunisal	117
difluprednate	117
digoxin	117
dihydroergotamine mesylate ..	117
DILANTIN	117
diltiazem hcl	117
dilt-xr	117
dimethyl fumarate	117
diphenhydramine hcl	117
diphenhydramine hcl childrens	117
diphenoxylate-atropine	117
disopyramide phosphate	117
disulfiram	117
divalproex sodium	117
docusate calcium	117
docusate sodium	117
dofetilide	117
donepezil hcl	117
dorzolamide hcl	117
dorzolamide hcl-timolol mal	117
dorzolamide hcl-timolol mal pf	117
DOTTI	117
DOVATO	117
doxazosin mesylate	117
doxepin hcl	117
doxercalciferol	117
doxycycline hydiate	117
doxycycline monohydrate	117
DRIZALMA	117
dronabinol	117
droxidopa	117
DULERNA	117
duloxetine hcl	117
DUPIXENT	117
dutasteride	117
dutasteride-tamsulosin hcl ..	117
EBGLYSS	117
econazole nitrate	117
ed chlorped jr.....	117
EDURANT	117
EDURANT PED	117
efavirenz	117

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

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

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

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

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

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

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

<i>vancomycin hcl</i>	23	VIZIMPRO	49	XPOVIO, CAJA DE COMPRIMIDOS.....	42
VANFLYTA.....	49	VONJO	49	XTANDI.....	40
VAQTA.....	115	VORANIGO	42	XULANE.....	104
varenicline tartrate.....	21	voriconazole.....	37	YESINTEK	109
varenicline tartrate, tratamiento inicial.....	21	VOWST.....	97	YF-VAX	115
VARIVAX.....	115	VOYDEYA	69	YORVIPATH.....	116
VAXCHORA	115	VRAYLAR	56	YUVAFEM	104
VELIVET	105	VYNDAMAX	99	zaditor	118
VENCLEXTA	49	VYNDAQEL	99	zafirlukast	122
VENCLEXTA, TRATAMIENTO INICIAL, CAJA	49	warfarin sodium.....	68	zaleplon	127
<i>venlafaxine hcl</i>	34	wegovy	128	ZEJULA	50
VENTOLIN HFA	124	WELIREG	42	ZELBORAF	50
verapamil hcl	75, 77	westab max.....	95	ZENPEP	99
VERQUVO	78	WINREVAIR	125	zepbound	128
VERSACLOZ.....	56	wixela inhub	126	zidovudine	59
VERZENIO	49	XALKORI	49, 50	ziprasidone hcl	56
V-GO 20	67	XARELTO	68	ziprasidone mesylate	56
V-GO 30	67	XARELTO, TRATAMIENTO INICIAL, CAJA.....	68	ZIRGAN	119
V-GO 40	67	XATMEP	112	zoledronic acid	116
vigabatrin	30	XCOPRI.....	29	ZOLINZA	42
vigadroner	30	XDEMVY	118	zolmitriptan	38
VIGAFYDE	30	XELJANZ	109	zolpidem tartrate	127
vilazodone hcl	34	XELJANZ XR	109, 113	zolpidem tartrate, de liberación prolongada	127
VIMKUNYA.....	115	xenical	128	ZONISADE	30
VIRACEPT	60	XERMELO	96	zonisamide	31
VIREAD	59	XGEVA	116	ZTALMY	31
vital-d rx.....	95	XIFAXAN	23	ZURZUVAE	33
vitamin d (ergocalciferol).....	95	XIGDUO XR	64	ZYDELIG	50
vitamin K1	95	XOLAIR.....	109	ZYKADIA	50
VITRAKVI	49	XOSPATA.....	50	ZYPREXA RELPREVV	56
VIVOTIF	115	XPOVIO, 2 DOSIS 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. Ndihma 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) - تنبية: 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.

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

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 svoj 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 Sprachassistenzdienste 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 fòma aksesib 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 serbisyo 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 رسانی 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) - LUU 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.

ID 26328, Versión 7

Este formulario se actualizó el 9/2/2025.