

**Standard ISNP**  
**2023 Apéndice del formulario**

**BvD – Parte B o Parte D, NF - No incluido en el formulario, PA - Autorización previa,  
QL – Límite de cantidad por 30 días, ST - Terapia de pasos**

| <b>CAMBIOS EN EL FORMULARIO DE 2023</b>                           |                                     |                                    |                              |   |
|---|-------------------------------------|------------------------------------|------------------------------|---|
| <b>Nombre del medicamento</b>                                     | <b>Nivel actual del medicamento</b> | <b>Nivel nuevo del medicamento</b> | <b>Motivo del cambio</b>     | <b>Medicamento alternativo, Nivel del medicamento alternativo</b> |
| <b>EFFECTIVO 2023/01/01</b>                                       |                                     |                                    |                              |   |
| Caziant TABLET 0.1/0.125/0.15 - 0.025 MG Oral                     | 1                                   | NF                                 | Eliminación requerida de CMS | N/A   |
| Digox Tablet 125 MCG Oral   | 1 + QL 30                           | NF                                 | Eliminación requerida de CMS | N/A   |
| Digox Tablet 250 MCG Oral   | 1                                   | NF                                 | Eliminación requerida de CMS | N/A   |
| Engerix-B Suspension 20 MCG/ML Injection                          | NF                                  | 1 + BvD                            | Mejorar Formulario           | N/A   |
| Lindane Shampoo 1 % External                                      | 1                                   | NF                                 | Eliminación requerida de CMS | N/A   |
| Na Sulfate-K Sulfate-Mg Sulf Solution 17.5-3.13-1.6 GM/177ML Oral | NF                                  | 1                                  | Mejorar Formulario           | N/A   |
| Nucala Solution Prefilled Syringe 40 MG/0.4ML Subcutaneous        | NF                                  | 1 + PA                             | Mejorar Formulario           | N/A   |
| Pentacel SUSPENSION RECONSTITUTED Intramuscular                   | NF                                  | 1                                  | Mejorar Formulario           | N/A   |
| Priorix Suspension Reconstituted Subcutaneous                     | NF                                  | 1                                  | Mejorar Formulario           | N/A   |
| Procalamine Solution 3 % Intravenous                              | 1 + BvD                             | NF                                 | Eliminación requerida de CMS | N/A   |
| Quadracel Suspension Prefilled Syringe 0.5 ML Intramuscular       | NF                                  | 1                                  | Mejorar Formulario           | N/A   |
| Recombivax HB SUSPENSION 5 MCG/0.5ML INJECTION                    | NF                                  | 1 + BvD                            | Mejorar Formulario           | N/A   |
| Skyrizi Solution Cartridge 360 MG/2.4ML Subcutaneous              | NF                                  | 1 + PA                             | Mejorar Formulario           | N/A   |
| Tenivac INJECTABLE 5-2 LFU Intramuscular                          | NF                                  | 1 + BvD                            | Mejorar Formulario           | N/A   |
| Ticovac Suspension Prefilled Syringe 1.2 MCG/0.25ML Intramuscular | NF                                  | 1                                  | Mejorar Formulario           | N/A   |

**Identificación del formulario: 23XXX, Versión 17**  
**Última actualización: 2023/XX/XX**  
**Fecha efectiva: 2023/12/01**

**Standard ISNP**  
**2023 Apéndice del formulario**

**BvD – Parte B o Parte D, NF - No incluido en el formulario, PA - Autorización previa,  
QL – Límite de cantidad por 30 días, ST - Terapia de pasos**

| <b>CAMBIOS EN EL FORMULARIO DE 2023</b>              |                                     |                                    |                              |   |
|--|-------------------------------------|------------------------------------|------------------------------|---|
| <b>Nombre del medicamento</b>                        | <b>Nivel actual del medicamento</b> | <b>Nivel nuevo del medicamento</b> | <b>Motivo del cambio</b>     | <b>Medicamento alternativo, Nivel del medicamento alternativo</b> |
| YF-VAX INJECTABLE<br>Subcutaneous                    | NF                                  | 1                                  | Mejorar Formulario           | N/A   |
| <b>EFFECTIVO 2023/02/01</b>                          |                                     |                                    |                              | N/A   |
| Adefovir Dipivoxil Tablet 10 MG Oral                 | 1 + QL 30 + PA                      | 1 + QL 30                          | Mejorar Formulario           | N/A   |
| Baraclude SOLUTION 0.05 MG/ML ORAL                   | 1 + QL 600 + PA                     | 1 + QL 600                         | Mejorar Formulario           | N/A   |
| Calquence Tablet 100 MG Oral                         | NF                                  | 1 + QL 60 + PA                     | Mejorar Formulario           | N/A   |
| Caplyta Capsule 10.5 MG Oral                         | NF                                  | 1 + QL 30 + PA                     | Mejorar Formulario           | N/A   |
| Caplyta Capsule 21 MG Oral                           | NF                                  | 1 + QL 30 + PA                     | Mejorar Formulario           | N/A   |
| Daliresp Tablet 500 MCG Oral                         | 1                                   | NF                                 | Actualización del formulario | roflumilast tablet 500 mcg oral, 1                                |
| Descovy Tablet 120-15 MG Oral                        | NF                                  | 1                                  | Mejorar Formulario           | N/A   |
| Digitek TABLET 125 MCG ORAL                          | 1 + QL 30                           | NF                                 | Eliminación requerida de CMS | N/A   |
| Enbrel Solution Reconstituted 25 MG Subcutaneous     | 1 + PA                              | NF                                 | Eliminación requerida de CMS | N/A   |
| Entecavir Tablet 0.5 MG Oral                         | 1 + QL 30 + PA                      | 1 + QL 30                          | Mejorar Formulario           | N/A   |
| Entecavir Tablet 1 MG Oral                           | 1 + QL 30 + PA                      | 1 + QL 30                          | Mejorar Formulario           | N/A   |
| Fingolimod HCl Capsule 0.5 MG Oral                   | NF                                  | 1 + PA                             | Mejorar Formulario           | N/A   |
| Furosemide SOLUTION 10 MG/ML INJECTION (4ML SYRINGE) | 1                                   | NF                                 | Eliminación requerida de CMS | N/A   |
| Gilenya CAPSULE 0.5 MG ORAL                          | 1 + PA                              | NF                                 | Actualización del formulario | fingolimod hcl capsule 0.5 mg oral, 1 + PA                        |
| Hyftor Gel 0.2 % External                            | NF                                  | 1 + PA                             | Mejorar Formulario           | N/A   |

**Identificación del formulario: 23XXX, Versión 17**  
**Última actualización: 2023/XX/XX**  
**Fecha efectiva: 2023/12/01**

**Standard ISNP**  
**2023 Apéndice del formulario**

**BvD – Parte B o Parte D, NF - No incluido en el formulario, PA - Autorización previa,  
QL – Límite de cantidad por 30 días, ST - Terapia de pasos**

| <b>CAMBIOS EN EL FORMULARIO DE 2023</b>  |                                     |                                    |                              |   |
|--|-------------------------------------|------------------------------------|------------------------------|---|
| <b>Nombre del medicamento</b>  | <b>Nivel actual del medicamento</b> | <b>Nivel nuevo del medicamento</b> | <b>Motivo del cambio</b>     | <b>Medicamento alternativo, Nivel del medicamento alternativo</b> |
| Imbruvica Suspension 70 MG/ML Oral   | NF                                  | 1 + QL 240 + PA                    | Mejorar Formulario           | N/A   |
| Intron A Solution Reconstituted 18000000 UNIT Injection                                | 1 + PA                              | NF                                 | Eliminación requerida de CMS | N/A   |
| Jynneos Suspension 0.5 ML Subcutaneous   | NF                                  | 1                                  | Mejorar Formulario           | N/A   |
| Larissia Tablet 0.1-20 MG-MCG Oral   | 1                                   | NF                                 | Eliminación requerida de CMS | N/A   |
| Lenalidomide Capsule 2.5 MG Oral   | NF                                  | 1 + PA                             | Mejorar Formulario           | N/A   |
| Lenalidomide Capsule 20 MG Oral  | NF                                  | 1 + PA                             | Mejorar Formulario           | N/A   |
| Noxafil Packet 300 MG Oral   | NF                                  | 1 + PA                             | Mejorar Formulario           | N/A   |
| Orkambi Packet 75-94 MG Oral   | NF                                  | 1 + QL 56/28 + PA                  | Mejorar Formulario           | N/A   |
| Pentacel Suspension Reconstituted Intramuscular (96-30-68-1-80-2-16-3-64-20 var units) | 1                                   | NF                                 | Eliminación requerida de CMS | N/A   |
| Pirfenidone Tablet 534 MG Oral   | NF                                  | 1 + PA                             | Mejorar Formulario           | N/A   |
| Pred-G SUSPENSION 0.3-1 % OPTHALMIC  | 1                                   | NF                                 | Eliminación requerida de CMS | N/A   |
| ProAir HFA Aerosol Solution 108 (90 Base) MCG/ACT Inhalation                           | 1                                   | NF                                 | Eliminación requerida de CMS | N/A   |
| Revlimid Capsule 2.5 MG Oral   | 1 + PA                              | NF                                 | Actualización del formulario | lenalidomide capsule 2.5 mg oral, 1 + PA                          |
| Revlimid Capsule 20 MG Oral  | 1 + PA                              | NF                                 | Actualización del formulario | lenalidomide capsule 20 mg oral, 1 + PA                           |
| Roflumilast Tablet 500 MCG Oral  | NF                                  | 1                                  | Mejorar Formulario           | N/A   |
| Skyrizi (150 MG Dose) Prefilled Syringe Kit 75 MG/0.83ML Subcutaneous                  | 1 + PA                              | NF                                 | Eliminación requerida de CMS | N/A   |
| Tazarotene Gel 0.05 % External   | NF                                  | 1 + PA                             | Mejorar Formulario           | N/A   |

**Identificación del formulario: 23XXX, Versión 17**  
**Última actualización: 2023/XX/XX**  
**Fecha efectiva: 2023/12/01**

**Standard ISNP**  
**2023 Apéndice del formulario**

**BvD – Parte B o Parte D, NF - No incluido en el formulario, PA - Autorización previa,  
QL – Límite de cantidad por 30 días, ST - Terapia de pasos**

| <b>CAMBIOS EN EL FORMULARIO DE 2023</b>                               |                                     |                                    |                              |   |
|---|-------------------------------------|------------------------------------|------------------------------|---|
| <b>Nombre del medicamento</b>   | <b>Nivel actual del medicamento</b> | <b>Nivel nuevo del medicamento</b> | <b>Motivo del cambio</b>     | <b>Medicamento alternativo, Nivel del medicamento alternativo</b> |
| Tazarotene Gel 0.1 % External   | NF                                  | 1 + PA                             | Mejorar Formulario           | N/A   |
| Tazorac Gel 0.05 % External   | 1 + PA                              | NF                                 | Actualización del formulario | tazarotene gel 0.05 % external, 1 + PA                            |
| Tazorac Gel 0.1 % External  | 1 + PA                              | NF                                 | Actualización del formulario | tazarotene gel 0.1 % external, 1 + PA                             |
| Vemlidy TABLET 25 MG ORAL   | 1 + PA                              | 1                                  | Mejorar Formulario           | N/A   |
| Venlafaxine Besylate ER Tablet Extended Release 24 Hour 112.5 MG Oral | NF                                  | 1                                  | Mejorar Formulario           | N/A   |
| Zonisade Suspension 100 MG/5ML Oral                                   | NF                                  | 1                                  | Mejorar Formulario           | N/A   |
| <b>EFFECTIVO 2023/03/01</b>   |                                     |                                    |                              |   |
| Auvelity Tablet Extended Release 45-105 MG Oral                       | NF                                  | 1 + QL 60                          | Mejorar Formulario           | N/A   |
| Daliresp Tablet 250 MCG Oral  | 1                                   | NF                                 | Actualización del formulario | roflumilast tablet 250 mcg oral, 1                                |
| Gleostine CAPSULE 10 MG ORAL  | NF                                  | 1 + PA                             | Mejorar Formulario           | N/A   |
| Gleostine CAPSULE 100 MG ORAL   | NF                                  | 1 + PA                             | Mejorar Formulario           | N/A   |
| Gleostine CAPSULE 40 MG ORAL  | NF                                  | 1 + PA                             | Mejorar Formulario           | N/A   |
| Intron A Solution Reconstituted 10000000 UNIT Injection               | 1 + PA                              | NF                                 | Eliminación requerida de CMS | N/A   |
| Intron A Solution Reconstituted 50000000 UNIT Injection               | 1 + PA                              | NF                                 | Eliminación requerida de CMS | N/A   |
| Menest Tablet 2.5 MG Oral   | NF                                  | 1                                  | Mejorar Formulario           | N/A   |
| Paser PACKET 4 GM ORAL  | 1                                   | NF                                 | Eliminación requerida de CMS | N/A   |
| Roflumilast Tablet 250 MCG Oral                                       | NF                                  | 1                                  | Mejorar Formulario           | N/A   |
| Skyrizi Solution Cartridge 180 MG/1.2ML Subcutaneous                  | NF                                  | 1 + PA                             | Mejorar Formulario           | N/A   |
| <b>EFFECTIVO 2023/04/01</b>   |                                     |                                    |                              |   |
| Digitek TABLET 250 MCG ORAL   | 1                                   | NF                                 | Eliminación requerida de CMS | N/A   |

**Identificación del formulario: 23XXX, Versión 17**  
**Última actualización: 2023/XX/XX**  
**Fecha efectiva: 2023/12/01**

**Standard ISNP**  
**2023 Apéndice del formulario**

**BvD – Parte B o Parte D, NF - No incluido en el formulario, PA - Autorización previa,  
QL – Límite de cantidad por 30 días, ST - Terapia de pasos**

| <b>CAMBIOS EN EL FORMULARIO DE 2023</b>                                   |                                     |                                    |                              |   |
|---|-------------------------------------|------------------------------------|------------------------------|---|
| <b>Nombre del medicamento</b>   | <b>Nivel actual del medicamento</b> | <b>Nivel nuevo del medicamento</b> | <b>Motivo del cambio</b>     | <b>Medicamento alternativo, Nivel del medicamento alternativo</b> |
| Esbriet Capsule 267 MG Oral   | 1 + PA                              | NF                                 | Actualización del formulario | pirfenidone capsule 267 mg oral, 1 + PA                           |
| Femynor Tablet 0.25-35 MG-MCG Oral  | 1                                   | NF                                 | Eliminación requerida de CMS | N/A   |
| Hepilisav-B Solution Prefilled Syringe 20 MCG/0.5ML Intramuscular         | NF                                  | 1 + BVD                            | Mejorar Formulario           | N/A   |
| Krazati Tablet 200 MG Oral  | NF                                  | 1 + PA                             | Mejorar Formulario           | N/A   |
| Leuprolide Acetate Injectable 22.5 MG Intramuscular                       | NF                                  | 1 + PA                             | Mejorar Formulario           | N/A   |
| Norvir SOLUTION 80 MG/ML ORAL   | 1                                   | NF                                 | Eliminación requerida de CMS | N/A   |
| Ozempic (0.25 or 0.5 MG/DOSE) Solution Pen-Injector 2 MG/3ML Subcutaneous | NF                                  | 1                                  | Mejorar Formulario           | N/A   |
| Pirfenidone Capsule 267 MG Oral   | NF                                  | 1 + PA                             | Mejorar Formulario           | N/A   |
| Sodium Oxybate Solution 500 MG/ML Oral                                    | NF                                  | 1 + QL 540 + PA                    | Mejorar Formulario           | N/A   |
| Sunlenca Tablet Therapy Pack 4 x 300 MG Oral                              | NF                                  | 1                                  | Mejorar Formulario           | N/A   |
| Sunlenca Tablet Therapy Pack 5 x 300 MG Oral                              | NF                                  | 1                                  | Mejorar Formulario           | N/A   |
| <b>EFFECTIVO 2023/05/01</b>   |                                     |                                    |                              |   |
| Jaypirca Tablet 100 MG Oral   | NF                                  | 1 + QL 60 + PA                     | Mejorar Formulario           | N/A   |
| Jaypirca Tablet 50 MG Oral  | NF                                  | 1 + QL 60 + PA                     | Mejorar Formulario           | N/A   |
| lamoTRIGine Kit 21 x 25 MG & 7 x 50 MG Oral                               | NF                                  | 1                                  | Mejorar Formulario           | N/A   |
| lamoTRIGine Kit 42 x 50 MG & 14x100 MG Oral                               | NF                                  | 1                                  | Mejorar Formulario           | N/A   |

**Identificación del formulario: 23XXX, Versión 17**  
**Última actualización: 2023/XX/XX**  
**Fecha efectiva: 2023/12/01**

**Standard ISNP**  
**2023 Apéndice del formulario**

**BvD – Parte B o Parte D, NF - No incluido en el formulario, PA - Autorización previa,  
QL – Límite de cantidad por 30 días, ST - Terapia de pasos**

| <b>CAMBIOS EN EL FORMULARIO DE 2023</b>                  |                                     |                                    |                              |   |
|--|-------------------------------------|------------------------------------|------------------------------|---|
| <b>Nombre del medicamento</b>                            | <b>Nivel actual del medicamento</b> | <b>Nivel nuevo del medicamento</b> | <b>Motivo del cambio</b>     | <b>Medicamento alternativo, Nivel del medicamento alternativo</b> |
| Latuda Tablet 120 MG Oral                                | 1 + QL 30 + PA                      | NF                                 | Actualización del formulario | lurasidone hcl tablet 120 mg oral, 1 + QL 30 + PA                 |
| Latuda Tablet 20 MG Oral                                 | 1 + QL 30 + PA                      | NF                                 | Actualización del formulario | lurasidone hcl tablet 20 mg oral, 1 + QL 30 + PA                  |
| Latuda Tablet 40 MG Oral                                 | 1 + QL 30 + PA                      | NF                                 | Actualización del formulario | lurasidone hcl tablet 40 mg oral, 1 + QL 30 + PA                  |
| Latuda Tablet 60 MG Oral                                 | 1 + QL 30 + PA                      | NF                                 | Actualización del formulario | lurasidone hcl tablet 60 mg oral, 1 + QL 30 + PA                  |
| Latuda Tablet 80 MG Oral                                 | 1 + QL 30 + PA                      | NF                                 | Actualización del formulario | lurasidone hcl tablet 80 mg oral, 1 + QL 60 + PA                  |
| Lurasidone HCl Tablet 120 MG Oral                        | NF                                  | 1 + QL 30 + PA                     | Mejorar Formulario           | N/A   |
| Lurasidone HCl Tablet 20 MG Oral                         | NF                                  | 1 + QL 30 + PA                     | Mejorar Formulario           | N/A   |
| Lurasidone HCl Tablet 40 MG Oral                         | NF                                  | 1 + QL 30 + PA                     | Mejorar Formulario           | N/A   |
| Lurasidone HCl Tablet 60 MG Oral                         | NF                                  | 1 + QL 30 + PA                     | Mejorar Formulario           | N/A   |
| Lurasidone HCl Tablet 80 MG Oral                         | NF                                  | 1 + QL 60 + PA                     | Mejorar Formulario           | N/A   |
| Lytgobi (12 MG Daily Dose) Tablet Therapy Pack 4 MG Oral | NF                                  | 1 + QL 84/28 + PA                  | Mejorar Formulario           | N/A   |
| Lytgobi (16 MG Daily Dose) Tablet Therapy Pack 4 MG Oral | NF                                  | 1 + QL 112/28 + PA                 | Mejorar Formulario           | N/A   |
| Lytgobi (20 MG Daily Dose) Tablet Therapy Pack 4 MG Oral | NF                                  | 1 + QL 140/28 + PA                 | Mejorar Formulario           | N/A   |
| Orserdu Tablet 345 MG Oral                               | NF                                  | 1 + PA                             | Mejorar Formulario           | N/A   |
| Orserdu Tablet 86 MG Oral                                | NF                                  | 1 + PA                             | Mejorar Formulario           | N/A   |

**Identificación del formulario: 23XXX, Versión 17**  
**Última actualización: 2023/XX/XX**  
**Fecha efectiva: 2023/12/01**

**Standard ISNP**  
**2023 Apéndice del formulario**

**BvD – Parte B o Parte D, NF - No incluido en el formulario, PA - Autorización previa,  
QL – Límite de cantidad por 30 días, ST - Terapia de pasos**

| <b>CAMBIOS EN EL FORMULARIO DE 2023</b>                    |                                     |                                    |                              |   |
|--|-------------------------------------|------------------------------------|------------------------------|---|
| <b>Nombre del medicamento</b>                              | <b>Nivel actual del medicamento</b> | <b>Nivel nuevo del medicamento</b> | <b>Motivo del cambio</b>     | <b>Medicamento alternativo, Nivel del medicamento alternativo</b> |
| Pirmella 1/35 Tablet 1-35 MG-MCG Oral                      | 1                                   | NF                                 | Eliminación requerida de CMS | N/A   |
| QUetiapine Fumarate Tablet 150 MG Oral                     | NF                                  | 1 + QL 60 + PA                     | Mejorar Formulario           | N/A   |
| Rezlidhia Capsule 150 MG Oral                              | NF                                  | 1 + PA                             | Mejorar Formulario           | N/A   |
| Takhzyro Solution Prefilled Syringe 150 MG/ML Subcutaneous | NF                                  | 1 + PA                             | Mejorar Formulario           | N/A   |
| Ztalmy Suspension 50 MG/ML Oral                            | NF                                  | 1                                  | Mejorar Formulario           | N/A   |
| <b>EFFECTIVO 2023/06/01</b>                                |                                     |                                    |                              |   |
| Azelastine HCl SOLUTION 0.15 % NASAL                       | 1                                   | NF                                 | Eliminación requerida de CMS | N/A   |
| Erleada Tablet 240 MG Oral                                 | NF                                  | 1 + QL 30 + PA                     | Mejorar Formulario           | N/A   |
| Fluticasone-Salmeterol Aerosol 115-21 MCG/ACT Inhalation   | NF                                  | 1                                  | Mejorar Formulario           | N/A   |
| Fluticasone-Salmeterol Aerosol 230-21 MCG/ACT Inhalation   | NF                                  | 1                                  | Mejorar Formulario           | N/A   |
| Fluticasone-Salmeterol Aerosol 45-21 MCG/ACT Inhalation    | NF                                  | 1                                  | Mejorar Formulario           | N/A   |
| Gentak Ointment 0.3 % Ophthalmic                           | 1                                   | NF                                 | Eliminación requerida de CMS | N/A   |
| Olopatadine HCl SOLUTION 0.2 % Ophthalmic                  | 1                                   | NF                                 | Eliminación requerida de CMS | N/A   |
| Oxandrolone TABLET 10 MG ORAL                              | 1 + PA                              | NF                                 | Eliminación requerida de CMS | N/A   |
| Oxandrolone TABLET 2.5 MG ORAL                             | 1 + PA                              | NF                                 | Eliminación requerida de CMS | N/A   |
| Prednicarbate Ointment 0.1 % External                      | 1                                   | NF                                 | Eliminación requerida de CMS | N/A   |

**Identificación del formulario: 23XXX, Versión 17**  
**Última actualización: 2023/XX/XX**  
**Fecha efectiva: 2023/12/01**

**Standard ISNP**  
**2023 Apéndice del formulario**

**BvD – Parte B o Parte D, NF - No incluido en el formulario, PA - Autorización previa,  
QL – Límite de cantidad por 30 días, ST - Terapia de pasos**

| <b>CAMBIOS EN EL FORMULARIO DE 2023</b>                                     |                                     |                                    |                              |   |
|---|-------------------------------------|------------------------------------|------------------------------|---|
| <b>Nombre del medicamento</b>   | <b>Nivel actual del medicamento</b> | <b>Nivel nuevo del medicamento</b> | <b>Motivo del cambio</b>     | <b>Medicamento alternativo, Nivel del medicamento alternativo</b> |
| <b>EFFECTIVO 2023/07/01</b>   |                                     |                                    |                              |   |
| Austedo XR Tablet Extended Release 24 Hour 12 MG Oral                       | NF                                  | 1 + QL 90 + PA                     | Mejorar Formulario           | N/A   |
| Austedo XR Tablet Extended Release 24 Hour 24 MG Oral                       | NF                                  | 1 + QL 60 + PA                     | Mejorar Formulario           | N/A   |
| Austedo XR Tablet Extended Release 24 Hour 6 MG Oral                        | NF                                  | 1 + QL 90 + PA                     | Mejorar Formulario           | N/A   |
| Drizalma Sprinkle Capsule Delayed Release Sprinkle 20 MG Oral               | 1 + QL 60                           | NF                                 | Eliminación requerida de CMS | N/A   |
| Drizalma Sprinkle Capsule Delayed Release Sprinkle 30 MG Oral               | 1 + QL 60                           | NF                                 | Eliminación requerida de CMS | N/A   |
| Drizalma Sprinkle Capsule Delayed Release Sprinkle 40 MG Oral               | 1 + QL 60                           | NF                                 | Eliminación requerida de CMS | N/A   |
| Drizalma Sprinkle Capsule Delayed Release Sprinkle 60 MG Oral               | 1 + QL 60                           | NF                                 | Eliminación requerida de CMS | N/A   |
| Emoquette Tablet 0.15-30 MG-MCG Oral  | 1                                   | NF                                 | Eliminación requerida de CMS | N/A   |
| Epivir HBV Solution 5 MG/ML Oral  | 1                                   | NF                                 | Eliminación requerida de CMS | N/A   |
| levoFLOXacin Solution 25 MG/ML Intravenous                                  | 1                                   | NF                                 | Eliminación requerida de CMS | N/A   |
| Lumakras Tablet 320 MG Oral   | NF                                  | 1 + QL 90 + PA                     | Mejorar Formulario           | N/A   |
| Noxafil Suspension 40 MG/ML Oral  | 1 + PA                              | NF                                 | Actualización del formulario | posaconazole suspension 40 mg/ml oral, 1 + PA                     |
| Ozempic (0.25 or 0.5 MG/DOSE) Solution Pen-Injector 2 MG/1.5ML Subcutaneous | 1                                   | NF                                 | Eliminación requerida de CMS | N/A   |
| Posaconazole Suspension 40 MG/ML Oral                                       | NF                                  | 1 + PA                             | Mejorar Formulario           | N/A   |
| Primidone Tablet 125 MG Oral  | NF                                  | 1                                  | Mejorar Formulario           | N/A   |
| Rotarix Suspension Oral   | NF                                  | 1                                  | Mejorar Formulario           | N/A   |

**Identificación del formulario: 23XXX, Versión 17**  
**Última actualización: 2023/XX/XX**  
**Fecha efectiva: 2023/12/01**



**Standard ISNP**  
**2023 Apéndice del formulario**

**BvD – Parte B o Parte D, NF - No incluido en el formulario, PA - Autorización previa,  
QL – Límite de cantidad por 30 días, ST - Terapia de pasos**

| <b>CAMBIOS EN EL FORMULARIO DE 2023</b>                            |                                     |                                    |                              |   |
|--|-------------------------------------|------------------------------------|------------------------------|---|
| <b>Nombre del medicamento</b>                                      | <b>Nivel actual del medicamento</b> | <b>Nivel nuevo del medicamento</b> | <b>Motivo del cambio</b>     | <b>Medicamento alternativo, Nivel del medicamento alternativo</b> |
| traMADol HCl Solution 5 MG/ML Oral                                 | NF                                  | 1 + QL 2400                        | Mejorar Formulario           | N/A   |
| Truseltiq (100MG Daily Dose) Capsule Therapy Pack 100 MG Oral      | 1 + QL 21/28 + PA                   | NF                                 | Eliminación requerida de CMS | N/A   |
| Truseltiq (125MG Daily Dose) Capsule Therapy Pack 100 & 25 MG Oral | 1 + QL 42/28 + PA                   | NF                                 | Eliminación requerida de CMS | N/A   |
| Truseltiq (50MG Daily Dose) Capsule Therapy Pack 25 MG Oral        | 1 + QL 42/28 + PA                   | NF                                 | Eliminación requerida de CMS | N/A   |
| Truseltiq (75MG Daily Dose) Capsule Therapy Pack 25 MG Oral        | 1 + QL 63/28 + PA                   | NF                                 | Eliminación requerida de CMS | N/A   |
| Zokinvy Capsule 50 MG Oral   | NF                                  | 1 + PA                             | Mejorar Formulario           | N/A   |
| Zokinvy Capsule 75 MG Oral   | NF                                  | 1 + PA                             | Mejorar Formulario           | N/A   |
| <b>EFFECTIVO 2023/08/01</b>  |                                     |                                    |                              |   |
| Abilify Asimtufii Prefilled Syringe 720 MG/2.4ML Intramuscular     | NF                                  | 1 + QL 1/56                        | Mejorar Formulario           | N/A   |
| Abilify Asimtufii Prefilled Syringe 960 MG/3.2ML Intramuscular     | NF                                  | 1 + QL 1/56                        | Mejorar Formulario           | N/A   |
| Celontin CAPSULE 300 MG ORAL                                       | 1                                   | NF                                 | Actualización del formulario | methsuximide capsule 300 mg oral, 1                               |
| Cimetidine HCl Solution 300 MG/5ML Oral                            | 1                                   | NF                                 | Eliminación requerida de CMS | N/A   |
| Filspari Tablet 200 MG Oral  | NF                                  | 1 + QL 30 + PA                     | Mejorar Formulario           | N/A   |
| Filspari Tablet 400 MG Oral  | NF                                  | 1 + QL 30 + PA                     | Mejorar Formulario           | N/A   |
| Gefitinib Tablet 250 MG Oral                                       | NF                                  | 1 + PA                             | Mejorar Formulario           | N/A   |
| Iressa Tablet 250 MG Oral  | 1 + PA                              | NF                                 | Actualización del formulario | gefitinib tablet 250 mg oral, 1 + PA                              |
| Kalydeco Packet 13.4 MG Oral                                       | NF                                  | 1 + QL 56/28 + PA                  | Mejorar Formulario           | N/A   |

**Identificación del formulario: 23XXX, Versión 17**  
**Última actualización: 2023/XX/XX**  
**Fecha efectiva: 2023/12/01**

**Standard ISNP**  
**2023 Apéndice del formulario**

**BvD – Parte B o Parte D, NF - No incluido en el formulario, PA - Autorización previa,  
QL – Límite de cantidad por 30 días, ST - Terapia de pasos**

| <b>CAMBIOS EN EL FORMULARIO DE 2023</b> |                                     |                                    |                              |   |
|---|-------------------------------------|------------------------------------|------------------------------|---|
| <b>Nombre del medicamento</b>           | <b>Nivel actual del medicamento</b> | <b>Nivel nuevo del medicamento</b> | <b>Motivo del cambio</b>     | <b>Medicamento alternativo, Nivel del medicamento alternativo</b> |
| Kynmobi Film 10 MG Sublingual           | 1 + QL 150 + PA                     | NF                                 | Eliminación requerida de CMS | N/A   |
| Kynmobi Film 15 MG Sublingual           | 1 + QL 150 + PA                     | NF                                 | Eliminación requerida de CMS | N/A   |
| Kynmobi Film 20 MG Sublingual           | 1 + QL 150 + PA                     | NF                                 | Eliminación requerida de CMS | N/A   |
| Kynmobi Film 25 MG Sublingual           | 1 + QL 150 + PA                     | NF                                 | Eliminación requerida de CMS | N/A   |
| Kynmobi Film 30 MG Sublingual           | 1 + QL 150 + PA                     | NF                                 | Eliminación requerida de CMS | N/A   |
| Levo-T Tablet 100 MCG Oral              | 1                                   | NF                                 | Eliminación requerida de CMS | N/A   |
| Levo-T TABLET 112 MCG ORAL              | 1                                   | NF                                 | Eliminación requerida de CMS | N/A   |
| Levo-T Tablet 125 MCG Oral              | 1                                   | NF                                 | Eliminación requerida de CMS | N/A   |
| Levo-T TABLET 137 MCG ORAL              | 1                                   | NF                                 | Eliminación requerida de CMS | N/A   |
| Levo-T TABLET 150 MCG ORAL              | 1                                   | NF                                 | Eliminación requerida de CMS | N/A   |
| Levo-T TABLET 175 MCG ORAL              | 1                                   | NF                                 | Eliminación requerida de CMS | N/A   |
| Levo-T TABLET 200 MCG ORAL              | 1                                   | NF                                 | Eliminación requerida de CMS | N/A   |
| Levo-T Tablet 25 MCG Oral               | 1                                   | NF                                 | Eliminación requerida de CMS | N/A   |
| Levo-T TABLET 300 MCG ORAL              | 1                                   | NF                                 | Eliminación requerida de CMS | N/A   |
| Levo-T Tablet 50 MCG Oral               | 1                                   | NF                                 | Eliminación requerida de CMS | N/A   |
| Levo-T Tablet 75 MCG Oral               | 1                                   | NF                                 | Eliminación requerida de CMS | N/A   |

**Identificación del formulario: 23XXX, Versión 17**  
**Última actualización: 2023/XX/XX**  
**Fecha efectiva: 2023/12/01**

**Standard ISNP**  
**2023 Apéndice del formulario**

**BvD – Parte B o Parte D, NF - No incluido en el formulario, PA - Autorización previa,  
QL – Límite de cantidad por 30 días, ST - Terapia de pasos**

| <b>CAMBIOS EN EL FORMULARIO DE 2023</b>                     |                                     |                                    |                              |   |
|---|-------------------------------------|------------------------------------|------------------------------|---|
| <b>Nombre del medicamento</b>                               | <b>Nivel actual del medicamento</b> | <b>Nivel nuevo del medicamento</b> | <b>Motivo del cambio</b>     | <b>Medicamento alternativo, Nivel del medicamento alternativo</b> |
| Levo-T TABLET 88 MCG ORAL                                   | 1                                   | NF                                 | Eliminación requerida de CMS | N/A   |
| Mekinist Solution Reconstituted 0.05 MG/ML Oral             | NF                                  | 1 + QL 1200 + PA                   | Mejorar Formulario           | N/A   |
| Methsuximide Capsule 300 MG Oral                            | NF                                  | 1                                  | Mejorar Formulario           | N/A   |
| Nitisinone Capsule 20 MG Oral                               | NF                                  | 1 + PA                             | Mejorar Formulario           | N/A   |
| Orfadin Capsule 20 MG Oral                                  | 1 + PA                              | NF                                 | Actualización del formulario | nitisinone capsule 20 mg oral, 1 + PA                             |
| Quinapril-hydroCHLOROthiazide Tablet 10-12.5 MG Oral        | 1                                   | NF                                 | Eliminación requerida de CMS | N/A   |
| Quinapril-hydroCHLOROthiazide Tablet 20-12.5 MG Oral        | 1                                   | NF                                 | Eliminación requerida de CMS | N/A   |
| Quinapril-hydroCHLOROthiazide Tablet 20-25 MG Oral          | 1                                   | NF                                 | Eliminación requerida de CMS | N/A   |
| Tafinlar Tablet Soluble 10 MG Oral                          | NF                                  | 1 + QL 900 + PA                    | Mejorar Formulario           | N/A   |
| Trikafta Therapy Pack 100-50-75 & 75 MG Oral                | NF                                  | 1 + QL 56/28 + PA                  | Mejorar Formulario           | N/A   |
| Trikafta Therapy Pack 80-40-60 & 59.5 MG Oral               | NF                                  | 1 + QL 56/28 + PA                  | Mejorar Formulario           | N/A   |
| Turalio Capsule 125 MG Oral                                 | NF                                  | 1 + PA                             | Mejorar Formulario           | N/A   |
| Vancomycin HCl Solution Reconstituted 25 MG/ML Oral         | NF                                  | 1                                  | Mejorar Formulario           | N/A   |
| <b>EFFECTIVO 2023/09/01</b>                                 |                                     |                                    |                              |   |
| Arexvy Suspension Reconstituted 120 MCG/0.5ML Intramuscular | NF                                  | 1                                  | Mejorar Formulario           | N/A   |
| Abrysvo Solution Reconstituted 120 MCG/0.5ML Intramuscular  | NF                                  | 1                                  | Mejorar Formulario           | N/A   |
| Clenpiq Solution 10-3.5-12 MG-GM - GM/175ML Oral            | NF                                  | 1                                  | Mejorar Formulario           | N/A   |
| Darunavir Tablet 600 MG Oral                                | NF                                  | 1                                  | Mejorar Formulario           | N/A   |
| Darunavir Tablet 800 MG Oral                                | NF                                  | 1                                  | Mejorar Formulario           | N/A   |

**Identificación del formulario: 23XXX, Versión 17**  
**Última actualización: 2023/XX/XX**  
**Fecha efectiva: 2023/12/01**

**Standard ISNP**  
**2023 Apéndice del formulario**

**BvD – Parte B o Parte D, NF - No incluido en el formulario, PA - Autorización previa,  
QL – Límite de cantidad por 30 días, ST - Terapia de pasos**

| <b>CAMBIOS EN EL FORMULARIO DE 2023</b>   |                                     |                                    |                              |   |
|---|-------------------------------------|------------------------------------|------------------------------|---|
| <b>Nombre del medicamento</b>   | <b>Nivel actual del medicamento</b> | <b>Nivel nuevo del medicamento</b> | <b>Motivo del cambio</b>     | <b>Medicamento alternativo, Nivel del medicamento alternativo</b>           |
| Imbruvica Tablet 560 MG Oral  | 1 + QL 30 + PA                      | NF                                 | Eliminación requerida de CMS | N/A   |
| Lupron Depot-Ped (1-Month) Kit 7.5 MG Intramuscular                                   | NF                                  | 1 + PA                             | Mejorar Formulario           | N/A   |
| Lupron Depot-Ped (3-Month) Kit 11.25 MG (Ped) Intramuscular                           | NF                                  | 1 + PA                             | Mejorar Formulario           | N/A   |
| Lupron Depot-Ped (6-Month) Kit 45 MG Intramuscular                                    | NF                                  | 1 + PA                             | Mejorar Formulario           | N/A   |
| Mekinist Solution Reconstituted 0.05 MG/ML Oral                                       | 1 + QL 1200 + PA                    | 1 + QL 1260 + PA                   | Mejorar Formulario           | N/A   |
| Prezista Tablet 600 MG Oral   | 1                                   | NF                                 | Actualización del formulario | darunavir tablet 600 mg oral, 1   |
| Prezista Tablet 800 MG Oral   | 1                                   | NF                                 | Actualización del formulario | darunavir tablet 800 mg oral, 1   |
| Procto-Pak Cream 1 % External   | 1                                   | NF                                 | Eliminación requerida de CMS | N/A   |
| Turalio Capsule 200 MG Oral   | 1 + PA                              | NF                                 | Eliminación requerida de CMS | N/A   |
| <b>EFFECTIVO 2023/10/01</b>   |                                     |                                    |                              |   |
| AmBisome Suspension Reconstituted 50 MG Intravenous                                   | 1 + BvD                             | NF                                 | Actualización del formulario | amphotericin b liposome suspension reconstituted 50 mg intravenous, 1 + BvD |
| Amphotericin B Liposome Suspension Reconstituted 50 MG Intravenous                    | NF                                  | 1 + BvD                            | Mejorar Formulario           | N/A   |
| Austedo XR Patient Titration Tablet Extended Release Therapy Pack 6 & 12 & 24 MG Oral | NF                                  | 1 + QL 42/28 + PA                  | Mejorar Formulario           | N/A   |
| Daybue Solution 200 MG/ML Oral  | NF                                  | 1 + QL 3600 + PA                   | Mejorar Formulario           | N/A   |

**Identificación del formulario: 23XXX, Versión 17**  
**Última actualización: 2023/XX/XX**  
**Fecha efectiva: 2023/12/01**

**Standard ISNP**  
**2023 Apéndice del formulario**

**BvD – Parte B o Parte D, NF - No incluido en el formulario, PA - Autorización previa,  
QL – Límite de cantidad por 30 días, ST - Terapia de pasos**

| <b>CAMBIOS EN EL FORMULARIO DE 2023</b>                          |                                     |                                    |                              |   |
|--|-------------------------------------|------------------------------------|------------------------------|---|
| <b>Nombre del medicamento</b>                                    | <b>Nivel actual del medicamento</b> | <b>Nivel nuevo del medicamento</b> | <b>Motivo del cambio</b>     | <b>Medicamento alternativo, Nivel del medicamento alternativo</b> |
| Multiple Electro Type 1 pH 5.5 Solution Intravenous              | NF                                  | 1 + BvD                            | Mejorar Formulario           | N/A   |
| Plasma-Lyte 148 Solution Intravenous                             | 1 + BvD                             | NF                                 | Actualización del formulario | multiple electro type 1 pH 5.5 solution intravenous, 1 + BvD      |
| Talzenna Capsule 0.1 MG Oral                                     | NF                                  | 1 + QL 30 + PA                     | Mejorar Formulario           | N/A   |
| Talzenna Capsule 0.35 MG Oral                                    | NF                                  | 1 + QL 30 + PA                     | Mejorar Formulario           | N/A   |
| Zejula Tablet 100 MG Oral  | NF                                  | 1 + QL 30 + PA                     | Mejorar Formulario           | N/A   |
| Zejula Tablet 200 MG Oral  | NF                                  | 1 + QL 30 + PA                     | Mejorar Formulario           | N/A   |
| Zejula Tablet 300 MG Oral  | NF                                  | 1 + QL 30 + PA                     | Mejorar Formulario           | N/A   |
| <b>EFFECTIVO 2023/11/01</b>                                      |                                     |                                    |                              |   |
| Cosentyx UnoReady Solution Auto-Injector 300 MG/2ML Subcutaneous | NF                                  | 1 + PA                             | Mejorar Formulario           | N/A   |
| Nevirapine ER Tablet Extended Release 24 Hour 100 MG Oral        | 1                                   | NF                                 | Eliminación requerida de CMS | N/A   |
| Spiriva HandiHaler Capsule 18 MCG Inhalation                     | 1                                   | NF                                 | Actualización del formulario | tiotropium bromide monohydrate capsule 18 mcg inhalation, 1       |
| Tiotropium Bromide Monohydrate Capsule 18 MCG Inhalation         | NF                                  | 1                                  | Mejorar Formulario           | N/A   |
| Vigadrone Tablet 500 MG Oral                                     | NF                                  | 1 + PA                             | Mejorar Formulario           | N/A   |

**Identificación del formulario: 23XXX, Versión 17**  
**Última actualización: 2023/XX/XX**  
**Fecha efectiva: 2023/12/01**

**Standard ISNP**  
**2023 Apéndice del formulario**

**BvD – Parte B o Parte D, NF - No incluido en el formulario, PA - Autorización previa,  
QL – Límite de cantidad por 30 días, ST - Terapia de pasos**

| <b>CAMBIOS EN EL FORMULARIO DE 2023</b>                               |                                     |                                    |                              |   |
|---|-------------------------------------|------------------------------------|------------------------------|---|
| <b>Nombre del medicamento</b>   | <b>Nivel actual del medicamento</b> | <b>Nivel nuevo del medicamento</b> | <b>Motivo del cambio</b>     | <b>Medicamento alternativo, Nivel del medicamento alternativo</b> |
| <b>EFFECTIVO 2023/12/01</b>   |                                     |                                    |                              |   |
| Breo Ellipta Aerosol Powder Breath Activated 50-25 MCG/INH Inhalation | NF                                  | 1                                  | Mejorar Formulario           | N/A   |
| Cefaclor Suspension Reconstituted 125 MG/5ML Oral                     | 1                                   | NF                                 | Eliminación requerida de CMS | N/A   |
| Cefaclor Suspension Reconstituted 375 MG/5ML Oral                     | 1                                   | NF                                 | Eliminación requerida de CMS | N/A   |
| Lithium Solution 8 MEQ/5ML Oral                                       | NF                                  | 1                                  | Mejorar Formulario           | N/A   |
| Ojjaara Tablet 100 MG Oral  | NF                                  | 1 + QL 30 + PA                     | Mejorar Formulario           | N/A   |
| Ojjaara Tablet 150 MG Oral  | NF                                  | 1 + QL 30 + PA                     | Mejorar Formulario           | N/A   |
| Ojjaara Tablet 200 MG Oral  | NF                                  | 1 + QL 30 + PA                     | Mejorar Formulario           | N/A   |
| Synjardy XR Tablet Extended Release 24 Hour 10-1000 MG Oral           | 1                                   | NF                                 | Eliminación requerida de CMS | N/A   |
| Synjardy XR Tablet Extended Release 24 Hour 12.5-1000 MG Oral         | 1                                   | NF                                 | Eliminación requerida de CMS | N/A   |
| Synjardy XR Tablet Extended Release 24 Hour 25-1000 MG Oral           | 1                                   | NF                                 | Eliminación requerida de CMS | N/A   |
| Synjardy XR Tablet Extended Release 24 Hour 5-1000 MG Oral            | 1                                   | NF                                 | Eliminación requerida de CMS | N/A   |
| Vanflyta Tablet 17.7 MG Oral  | NF                                  | 1 + QL 56/28 + PA                  | Mejorar Formulario           | N/A   |
| Vanflyta Tablet 26.5 MG Oral  | NF                                  | 1 + QL 56/28 + PA                  | Mejorar Formulario           | N/A   |
| Xdemvy Solution 0.25 % Ophthalmic                                     | NF                                  | 1 + PA                             | Mejorar Formulario           | N/A   |

**Identificación del formulario: 23XXX, Versión 17**  
**Última actualización: 2023/XX/XX**  
**Fecha efectiva: 2023/12/01**