

LÍMITE DE CANTIDAD AÑADIDO DE 24 SUPOSITARIOS / 25 DÍAS

1. PROMETHAZINE SUP 25MG
2. PROMETHEGAN SUP 12.5MG

LÍMITE DE CANTIDAD AÑADIDO DE 60 GRAMOS / 25 DÍAS

1. GENTAMICIN CRE 0.1%
2. GENTAMICIN OIN 0.1%

FÁRMACO DE MARCA ELIMINADO DEL FORMULARIO; GENÉRICO CUBIERTO EN FORMULARIO

- | | |
|--------------------------|-------------------------------|
| 1. AFINITOR TAB 2.5MG | 27. ORFADIN CAP 2MG |
| 2. AFINITOR TAB 5MG | 28. ORFADIN CAP 5MG |
| 3. AFINITOR TAB 7.5MG | 29. RAPAMUNE SOL 1MG/ML |
| 4. APRISO CAP 0.375GM | 30. REMODULIN INJ 1MG/ML |
| 5. DEPEN TITRA TAB 250MG | 31. REMODULIN INJ 2.5MG/ML |
| 6. DYRENIUM CAP 100MG | 32. REMODULIN INJ 5MG/ML |
| 7. DYRENIUM CAP 50MG | 33. REMODULIN SOLN 200MG/20ML |
| 8. EXELDERM CRE 1% | 34. ROZEREM TAB 8MG |
| 9. FIRAZYR INJ 30MG/3ML | 35. SENSIPAR TAB 30MG |
| 10. HALOG CRE 0.1% | 36. SENSIPAR TAB 60MG |
| 11. LETAIRIS TAB 10MG | 37. SENSIPAR TAB 90MG |
| 12. LETAIRIS TAB 5MG | 38. SILENOR TAB 3MG |
| 13. LOTEMAX SUS 0.5% | 39. SILENOR TAB 6MG |
| 14. LYRICA CAP 100MG | 40. SUPRAX CAP 400MG |
| 15. LYRICA CAP 150MG | 41. TACLONEX SUS |
| 16. LYRICA CAP 200MG | 42. TARCEVA TAB 100MG |
| 17. LYRICA CAP 225MG | 43. TARCEVA TAB 150MG |
| 18. LYRICA CAP 25MG | 44. TARCEVA TAB 25MG |
| 19. LYRICA CAP 300MG | 45. TRACLEER TAB 125MG |
| 20. LYRICA CAP 50MG | 46. TRACLEER TAB 62.5MG |
| 21. LYRICA CAP 75MG | 47. TRAVATAN Z DRO 0.004% |
| 22. NAFTIN GEL 1% | 48. ULORIC TAB 40MG |
| 23. NEBUPENT INH 300MG | 49. ULORIC TAB 80MG |
| 24. NUVARING MIS | 50. VESICARE TAB 10MG |
| 25. ONE-A-DAY TAB ESSENT | 51. VESICARE TAB 5MG |
| 26. ORFADIN CAP 10MG | 52. ZIANA GEL |

FÁRMACO ELIMINADO DEL FORMULARIO

- | | |
|---------------------------|-------------------------------|
| 1. ADVATE INJ 1000UNIT | 15. BENEFIX INJ 1000UNIT |
| 2. ADVATE INJ 1500UNIT | 16. BENEFIX INJ 2000UNIT |
| 3. ADVATE INJ 2000UNIT | 17. BENEFIX INJ 250UNIT |
| 4. ADVATE INJ 250UNIT | 18. BENEFIX INJ 3000UNIT |
| 5. ADVATE INJ 3000UNIT | 19. BENEFIX INJ 500UNIT |
| 6. ADVATE INJ 4000UNIT | 20. CETROTIDE KIT 0.25MG |
| 7. ADVATE INJ 500UNIT | 21. CHOR GONADOT INJ 10000UNT |
| 8. ALPROLIX INJ 1000UNIT | 22. ELAPRASE INJ 6MG/3ML |
| 9. ALPROLIX INJ 2000UNIT | 23. FEIBA INJ |
| 10. ALPROLIX INJ 250UNIT | 24. FOSCAVIR INJ 24MG/ML |
| 11. ALPROLIX INJ 3000UNIT | 25. GANIRELIX AC INJ 250/0.5 |
| 12. ALPROLIX INJ 4000UNIT | 26. HEMLIBRA INJ 105/0.7 |
| 13. ALPROLIX INJ 500UNIT | 27. HEMLIBRA INJ 150/ML |
| 14. AMPHOTERICIN INJ 50MG | 28. HEMLIBRA INJ 30MG/ML |

CAMBIOS EN EL FORMULARIO 2021

- | | |
|----------------------------|-------------------------------|
| 29. HEMLIBRA INJ 60/0.4 | 62. NUWIQ KIT 4000UNIT |
| 30. HEMOFIL M INJ 1000UNIT | 63. NUWIQ KIT 500UNIT |
| 31. HEMOFIL M INJ 1700UNIT | 64. PHENDIMETRAZ TAB 35MG |
| 32. HEMOFIL M INJ 250UNIT | 65. PROFILNINE INJ 1500UNIT |
| 33. HEMOFIL M INJ 500UNIT | 66. RITUXAN INJ 100MG |
| 34. HUMATE-P SOL 2400UNIT | 67. RITUXAN INJ 500MG |
| 35. HUMATE-P SOL 500-1200 | 68. RIXUBIS INJ 1000UNIT |
| 36. KEPIVANCE INJ 6.25MG | 69. RIXUBIS INJ 2000UNIT |
| 37. KOVALTRY INJ 1000UNIT | 70. RIXUBIS INJ 250 UNIT |
| 38. KOVALTRY INJ 2000UNIT | 71. RIXUBIS INJ 3000UNIT |
| 39. KOVALTRY INJ 250UNIT | 72. RIXUBIS INJ 500UNIT |
| 40. MELPHALAN INJ 50MG | 73. RUXIENCE INJ 100/10ML |
| 41. MITOXANTRON INJ 2MG/ML | 74. RUXIENCE INJ 500/50ML |
| 42. NOVOEIGHT INJ 1500UNIT | 75. SEVELAMER POW 0.8GM |
| 43. NOVOEIGHT INJ 3000UNIT | 76. SEVELAMER POW 2.4GM |
| 44. NOVOEIGHT INJ 500UNIT | 77. SYNERA DIS 70-70MG |
| 45. NOVOSEVEN RT INJ 1MG | 78. TAKHZYRO INJ 300/2ML |
| 46. NOVOSEVEN RT INJ 2MG | 79. TOPOSAR INJ 100/5ML |
| 47. NOVOSEVEN RT INJ 5MG | 80. TOPOTECAN INJ 4MG |
| 48. NOVOSEVEN RT INJ 8MG | 81. TRANEXAMIC INJ 100MG/ML |
| 49. NULOJIX INJ 250MG | 82. TRUXIMA INJ 100/10ML |
| 50. NUWIQ INJ 1000UNIT | 83. TRUXIMA INJ 500/50ML |
| 51. NUWIQ INJ 2000UNIT | 84. TUDORZA PRES AER 400/ACT |
| 52. NUWIQ INJ 2500UNIT | 85. VIREAD TAB 150MG |
| 53. NUWIQ INJ 250UNIT | 86. VIREAD TAB 200MG |
| 54. NUWIQ INJ 3000UNIT | 87. VIREAD TAB 250MG |
| 55. NUWIQ INJ 4000UNIT | 88. XYNTHA INJ 1000UNIT |
| 56. NUWIQ INJ 500UNIT | 89. XYNTHA INJ 2000UNIT |
| 57. NUWIQ KIT 1000UNIT | 90. XYNTHA INJ 250UNIT |
| 58. NUWIQ KIT 2000UNIT | 91. XYNTHA INJ 500UNIT |
| 59. NUWIQ KIT 2500UNIT | 92. XYNTHA SOLOF INJ 3000UNIT |
| 60. NUWIQ KIT 250UNIT | 93. ZOLEDRONIC INJ 5/100ML |
| 61. NUWIQ KIT 3000UNIT | |

EXCLUIDO DE PEDIDO POR CORREO

- | | |
|------------------------------|------------------------------|
| 1. ABILIFY MAIN INJ 300MG | 10. INVEGA SUST INJ 156MG/ML |
| 2. ABILIFY MAIN INJ 300MG | 11. INVEGA SUST INJ 234/1.5 |
| 3. ABILIFY MAIN INJ 400MG | 12. INVEGA SUST INJ 39/0.25 |
| 4. ABILIFY MAIN INJ 400MG | 13. INVEGA SUST INJ 78/0.5ML |
| 5. ARISTADA INJ 441MG/1. | 14. INVEGA TRINZ INJ 273MG |
| 6. ARISTADA INJ 662MG/2 | 15. INVEGA TRINZ INJ 410MG |
| 7. ARISTADA INJ 882MG/3 | 16. INVEGA TRINZ INJ 546MG |
| 8. ERGOLOID MES TAB 1MG ORAL | 17. INVEGA TRINZ INJ 819MG |
| 9. INVEGA SUST INJ 117/0.75 | |

NIVEL CAMBIADO: Nivel actual - 1. Nivel nuevo - 4

1. MELPHALAN TAB 2MG

NIVEL CAMBIADO: Nivel actual - 2. Nivel nuevo - 3

1. DENAVIR CRE 1%

NIVEL CAMBIADO: Nivel actual - 1. Nivel nuevo - 3

1. EPINASTINE DRO 0.05%
2. FLUCYTOSINE CAP 250MG
3. FLUCYTOSINE CAP 500MG
4. VERAPAMIL CAP 100MG ER
5. VERAPAMIL CAP 120MG ER
6. VERAPAMIL CAP 180MG ER
7. VERAPAMIL CAP 240MG SR
8. VERAPAMIL CAP 300MG ER
9. VERAPAMIL CAP 360MG SR

NIVEL CAMBIADO: Nivel actual - 2. Nivel nuevo - 5

1. TRUVADA TAB 200-300

NIVEL CAMBIADO: Nivel actual - 3. Nivel nuevo - 4

1. CYSTADANE POW
2. CYSTARAN SOL 0.44%
3. HYDROXY CAPR INJ 1.25/5ML
4. LEUKERAN TAB 2MG
5. TABLOID TAB 40MG

NIVEL CAMBIADO: Nivel actual - 2. Nivel nuevo - 3. SE REQUIERE AUTORIZACIÓN PREVIA

1. DRITHO-CREME CRE HP 1%

NIVEL CAMBIADO, REQUISITO DE TERAPIA PASO ELIMINADO: Nivel actual - 1. Nuevo nivel - 3

1. ROSUVASTATIN TAB 20MG
2. ROSUVASTATIN TAB 40MG

NIVEL CAMBIADO, REQUISITO DE TERAPIA PASO ELIMINADO, PERMANECE EL NIVEL 5 PREVENTIVO PARA LAS EDADES DE 40 A 75 AÑOS: Nivel actual - 1. Nuevo nivel - 3

1. ROSUVASTATIN TAB 10MG
2. ROSUVASTATIN TAB 5MG

FÁRMACO ELIMINADO DEL FORMULARIO; OLOPATADINA DE OTC CUBIERTA EN EL FORMULARIO

1. OLOPATADINE HCL OPHTH SOLN 0.1% (BASE EQUIVALENT)
2. OLOPATADINE HCL OPHTH SOLN 0.2% (BASE EQUIVALENT)

DROGA ELIMINADA DEL FORMULARIO; FORMULARIO DE TABLETA EN FORMULARIO

1. BUT/APAP/CAF CAP

SE REQUIERE AUTORIZACIÓN PREVIA

1. EPIVIR HBV SOL 5MG/ML
2. FENOPROFEN TAB 600MG
3. TOLCAPONE TAB 100MG
4. TOLMETIN SOD CAP 400MG
5. TOLMETIN SOD TAB 600MG