



a Point32Health company

Formulario 2024 de Tufts Medicare Preferred HMO (Lista de Medicamentos Cubiertos)

Planes de Tufts Medicare Preferred HMO

LEA LO SIGUIENTE: Este documento contiene información sobre los medicamentos que cubrimos en este plan.

24517 Versión 20

Este formulario se actualizó el 1 de diciembre de 2024. Para obtener información más reciente o hacer otras preguntas, comuníquese con Servicios para Miembros de Tufts Medicare Preferred HMO al **1-800-701-9000** (los usuarios de TTY deben llamar al 711), de 8 a.m. a 8 p.m., 7 días a la semana desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo y de lunes a viernes desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, o visite www.thpmp.org.

Formulario 2024 de Tufts Medicare Preferred HMO (Lista de Medicamentos Cubiertos)

Nota para los miembros actuales: Este formulario cambió desde el año pasado. Revise este documento para asegurarse de que todavía incluya los medicamentos que usted toma.

Cuando esta lista de medicamentos (formulario) se refiera a “nosotros”, “nos”, “nuestro”, “nuestra”, “nuestros” o “nuestras”, quiere decir Tufts Health Plan. Cuando se refiera a “plan” o a “nuestro plan”, significa Tufts Medicare Preferred HMO.

Este documento incluye una lista de los medicamentos (formulario) para nuestro plan que estará vigente a partir de diciembre de 2024. Para obtener un formulario actualizado, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto, junto con la fecha más reciente de actualización del formulario, aparece en la portada y contraportada.

Por lo general, debe recurrir a las farmacias de la red para usar su beneficio de medicamentos recetados. Los beneficios, el formulario, la red de farmacias y los copagos o el coaseguro pueden cambiar el 1 de enero de 2025 y en ocasiones durante el año.

¿Qué es el Formulario de Tufts Medicare Preferred HMO?

Un formulario es una lista de medicamentos cubiertos seleccionados por Tufts Medicare Preferred HMO previa consulta con un equipo de proveedores de cuidado de la salud. Dicho formulario representa las terapias con medicamentos recetados que se creen que son una parte necesaria de un programa de tratamiento de calidad. Por lo general, Tufts Medicare Preferred HMO cubrirá los medicamentos indicados en nuestro formulario siempre y cuando el medicamento sea médicamente necesario, la receta se surta en una farmacia de la red de Tufts Medicare Preferred HMO y se sigan otras reglas del plan. Para obtener más información sobre cómo surtir sus recetas, revise su *Evidencia de Cobertura*.

¿El formulario (lista de medicamentos) puede cambiar?

La mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos ocurren el 1 de enero, pero es posible que agreguemos o quitemos medicamentos de la Lista de Medicamentos durante el año, que los traspasemos a niveles diferentes de costos compartidos o que agreguemos restricciones nuevas. Debemos seguir las reglas de Medicare para hacer estos cambios.

Modificaciones que pueden afectarlo este año. En los siguientes casos, usted se verá afectado por los cambios en la cobertura durante el año:

- **Medicamentos genéricos nuevos.** Podemos retirar inmediatamente un medicamento de marca de nuestra Lista de Medicamentos si lo estamos reemplazando por uno genérico nuevo que aparecerá en el mismo nivel de costos compartidos o en uno más bajo y con las mismas restricciones o menos. Además, cuando se agreguen medicamentos genéricos nuevos, podríamos decidir mantener el medicamento de marca en nuestra Lista de Medicamentos, pero moverlo a un nivel diferente de costos compartidos o agregarle restricciones nuevas. Si actualmente toma ese medicamento de marca, es posible que no le avisemos antes de hacer el cambio, pero más adelante le daremos información sobre los cambios específicos que hayamos realizado.

- Si hacemos ese cambio, usted o su prescriptor pueden pedirnos que hagamos una excepción para seguir cubriendo el medicamento de marca para usted. La notificación que le entreguemos también incluirá información sobre cómo solicitar una excepción, y podrá encontrar información en la sección titulada "*¿Cómo solicito una excepción al Formulario de Tufts Medicare Preferred HMO?*".
- **Se retiraron medicamentos del mercado.** Si la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA por sus siglas en inglés) de los Estados Unidos considera que un medicamento de nuestro formulario no es seguro o el fabricante del medicamento lo retira del mercado, sacaremos inmediatamente el medicamento de nuestro formulario y les daremos una notificación a los miembros que lo tomen.
- **Otros cambios.** Podemos hacer otros cambios que afecten a los miembros que actualmente tomen un medicamento. Por ejemplo, podemos agregar un medicamento genérico que no es nuevo en el mercado para reemplazar un medicamento de marca que esté actualmente en el formulario, o bien agregar nuevas restricciones al medicamento de marca o moverlo a un nivel diferente de costos compartidos o ambos. También podemos hacer cambios según las pautas clínicas nuevas. Si retiramos medicamentos de nuestro formulario, agregamos restricciones de autorización previa, cantidad límite o terapia escalonada a un medicamento o movemos un medicamento a un nivel más alto de costos compartidos, debemos informar a los miembros afectados acerca del cambio al menos 30 días antes de que se realice ese cambio o en el momento en que el miembro solicite un resurtido del medicamento, instante en el que recibirá un suministro para 30 días del medicamento.
- Si hacemos estos otros cambios, usted o su prescriptor pueden pedirnos que hagamos una excepción y mantengamos la cobertura del medicamento de marca para usted. La notificación que le entreguemos también incluirá información sobre cómo solicitar una excepción y, además, puede encontrar información en la sección a continuación, llamada "*¿Cómo solicito una excepción al Formulario de Tufts Medicare Preferred HMO?*"

Cambios que no le afectarán si está tomando el medicamento actualmente. Por lo general, si toma un medicamento de nuestro formulario 2024 que estaba cubierto a principios del año, no eliminaremos ni reduciremos la cobertura del medicamento durante el año de cobertura 2024, excepto en las circunstancias descritas previamente. Esto significa que estos medicamentos seguirán disponibles al mismo costo compartido y sin restricciones nuevas para los miembros que los tomen por el resto del año de cobertura. No recibirá una notificación directa este año sobre los cambios que no lo afectan. Sin embargo, el 1 de enero del próximo año, los cambios lo afectarían y es importante revisar la Lista de Medicamentos del nuevo año de beneficios para ver los cambios que podrían haber sufrido los medicamentos.

El formulario adjunto estará vigente a partir de diciembre de 2024. Para obtener información actualizada sobre los medicamentos cubiertos por Tufts Medicare Preferred HMO, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto aparece en la portada y contraportada. En caso de un cambio en el formulario a mitad de año que no sea de mantenimiento, se le informará mediante una hoja de fe de erratas.

¿Cómo uso el formulario?

Hay dos formas de encontrar un medicamento en el formulario:

Condición médica

El formulario comienza en la página 1. Los medicamentos en este formulario están agrupados en categorías según las condiciones médicas para los que se usan como tratamiento. Por ejemplo, los medicamentos que se usan para tratar condiciones del corazón aparecen en la categoría “*Medicamentos cardiovasculares*”. Si sabe para lo que se usa su medicamento, busque el nombre de la categoría en la lista que comienza en la página 1. Luego, busque su medicamento en el nombre de la categoría.

Lista alfabética

Si no está seguro de en qué categoría buscar, debe buscar su medicamento en el índice que comienza en la página 70. El índice muestra una lista alfabética de todos los medicamentos que se incluyen en este documento. En este índice aparecen tanto los medicamentos genéricos como los de marca. Busque en el índice y encuentre su medicamento. A un lado del medicamento, verá el número de la página donde puede encontrar información sobre la cobertura. Vaya a la página que se indica en el índice y busque el nombre del medicamento en la primera columna de la lista.

¿Qué son los medicamentos genéricos?

Tufts Medicare Preferred HMO cubre tanto los medicamentos de marca como los genéricos. Un medicamento genérico cuenta con la aprobación de la FDA que garantiza que tiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. En general, los medicamentos genéricos son menos costosos que los de marca.

¿Hay restricciones en mi cobertura?

Algunos medicamentos cubiertos podrían tener requisitos o límites adicionales en la cobertura. Estos requisitos y límites pueden incluir los siguientes:

- **Autorización previa:** Tufts Medicare Preferred HMO exige que usted o su médico obtengan autorización previa para ciertos medicamentos. Esto significa que necesitará obtener aprobación de Tufts Medicare Preferred HMO antes de que usted pueda surtir sus recetas. Si no consigue esa aprobación, es posible que Tufts Medicare Preferred HMO no cubra los medicamentos.
- **Cantidad límite:** En el caso de ciertos medicamentos, Tufts Medicare Preferred HMO restringe la cantidad del medicamento que cubrirá Tufts Medicare Preferred HMO. Por ejemplo, Tufts Medicare Preferred HMO proporciona 30 tabletas por receta de *ramelteon*. Esto puede ser adicional a un suministro estándar de un mes o tres meses.
- **Terapia escalonada:** En algunos casos, Tufts Medicare Preferred HMO exige que usted primero pruebe ciertos medicamentos para tratar su condición médica antes de que cubramos otro medicamento para esa condición. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan su condición médica, es posible que Tufts Medicare Preferred HMO no cubra el medicamento B, a menos que usted pruebe el medicamento A primero. Si el medicamento A no funciona para usted, Tufts Medicare Preferred HMO entonces cubrirá el medicamento B.

Para saber si su medicamento tiene requisitos o límites adicionales, consulte el formulario que comienza en la página 1. También puede visitar nuestro sitio web para obtener más información sobre las restricciones aplicadas a medicamentos específicos cubiertos. Hemos publicado en línea un documento que explica nuestras restricciones de autorización previa y terapia escalonada. También puede solicitarnos que le enviemos una copia. Nuestra información de contacto, junto con la fecha más reciente de actualización del formulario, aparece en la portada y contraportada.

Puede solicitar a Tufts Medicare Preferred HMO que haga una excepción a estas restricciones o límites o pedir una lista de otros medicamentos similares que puedan tratar su condición de salud. Consulte la sección “¿Cómo solicito una excepción al Formulario de Tufts Medicare Preferred HMO?” en la página V para obtener información sobre cómo solicitar una excepción.

¿Qué sucede si mi medicamento no está en el formulario?

Si su medicamento no está incluido en este formulario (lista de medicamentos cubiertos), debería comunicarse primero con Servicios para Miembros para preguntar si su medicamento está cubierto.

Si se entera de que Tufts Medicare Preferred HMO no cubre su medicamento, tiene dos opciones:

- Puede solicitar a Servicios para Miembros una lista de medicamentos similares que sí cubre Tufts Medicare Preferred HMO. Cuando reciba la lista, muéstresela a su médico y pídale que le recete un medicamento similar que esté cubierto por Tufts Medicare Preferred HMO.
- Puede solicitar a Tufts Medicare Preferred HMO que haga una excepción y cubra su medicamento. Consulte a continuación para obtener información sobre cómo solicitar una excepción.

¿Cómo solicito una excepción al Formulario de Tufts Medicare Preferred HMO?

Puede solicitar a Tufts Medicare Preferred HMO que haga una excepción a nuestras reglas de cobertura. Hay diversos tipos de excepciones que puede pedirnos.

- Puede pedirnos cubrir un medicamento incluso si no está en nuestro formulario. Si se aprueba, este medicamento estará cubierto en un nivel predeterminado de costos compartidos y usted no podrá pedirnos que entreguemos el medicamento en un nivel más bajo.
- Puede pedirnos cubrir un medicamento del formulario en un nivel más bajo de costos compartidos, a menos que el medicamento esté en el nivel de especialidad.
- Puede pedirnos que no apliquemos las restricciones o los límites de cobertura de su medicamento. Por ejemplo, en el caso de ciertos medicamentos, Tufts Medicare Preferred HMO restringe la cantidad del medicamento que cubriremos. Si su medicamento tiene una cantidad límite, puede pedirnos que no apliquemos el límite y cubramos una cantidad superior.

Por lo general, Tufts Medicare Preferred HMO solo aprobará su solicitud de una excepción si los medicamentos alternativos incluidos en el formulario del plan, el medicamento con menores costos compartidos o restricciones de uso adicionales, no son tan eficaces en tratar su condición o le provocan efectos médicos adversos.

Debe comunicarse con nosotros para pedirnos una decisión de cobertura inicial para una excepción a la restricción de uso, el nivel o el formulario. **Cuando solicite una excepción a la restricción de uso, el nivel o el formulario, debe enviar una declaración que respalde su solicitud de parte del prescriptor o su médico.** Por lo general, debemos tomar nuestra decisión en un plazo de 72 horas después de la recepción de la declaración de respaldo del prescriptor. Puede solicitar una excepción acelerada (rápida) si usted o el médico consideran que su salud podría verse perjudicada gravemente por esperar hasta 72 horas para que se tome una decisión. Si se aprueba la solicitud de aceleración, debemos darle una decisión en menos de 24 horas a partir del momento en que recibimos la declaración de respaldo de su médico u otro prescriptor.

¿Qué hago antes de poder hablar con el médico sobre cambiar mis medicamentos o solicitar una excepción?

Como miembro nuevo o anterior de nuestro plan, podría estar tomando medicamentos que no están en nuestro formulario. También podría estar tomando un medicamento que está en nuestro formulario, pero su posibilidad de obtenerlo es limitada. Por ejemplo, podría necesitar una autorización previa nuestra antes de surtir su receta. Debe hablar con el médico para decidir si debe cambiarse a un medicamento adecuado que efectivamente cubramos o solicitar una excepción al formulario para que cubramos el medicamento que usted toma. Mientras habla con el médico para tomar la decisión correcta para su caso, podemos cubrir su medicamento en determinadas circunstancias durante los primeros 90 días de su membresía en el plan.

Por cada medicamento que no esté en nuestro formulario o si sus posibilidades de obtenerlo son limitadas, cubriremos un suministro temporal para 30 días. Si la receta está indicada para menos días, permitiremos que se surta varias veces hasta un máximo de 30 días de medicamento. Después del primer suministro para un mes, no pagaremos estos medicamentos, incluso si ha sido miembro del plan por menos de 90 días.

Si es residente de un centro de cuidados a largo plazo y necesita un medicamento que no está en nuestro formulario o si usted tiene una capacidad limitada para obtener medicamentos, pero ya han transcurrido los primeros 90 días de membresía en nuestro plan, cubriremos un suministro de emergencia de 31 días de ese medicamento mientras solicita una excepción al formulario.

Como miembro actual, si lo ingresan o le dan el alta de un centro de cuidados a largo plazo y se cambia su medicamento en forma no planificada, puede solicitar que aprobemos un surtido temporal único del medicamento no cubierto para que tenga tiempo de analizar un plan de transición con el médico. Su médico también puede solicitar una excepción a la cobertura del medicamento no cubierto según la revisión de la necesidad médica siguiendo el proceso estándar de excepción descrito anteriormente. El "primer surtido" temporal será, por lo general, un suministro de hasta 31 días, pero se podría extender para darles tiempo a usted y a su médico para administrar las complejidades de múltiples medicamentos o cuando las circunstancias especiales lo justifiquen. Llame al departamento de Servicios para Miembros de Tufts Medicare Preferred HMO para solicitar un surtido temporal de la receta.

Para obtener más información

Para obtener más información sobre la cobertura de medicamentos recetados de Tufts Medicare Preferred HMO, revise su *Evidencia de Cobertura* y otros materiales del plan.

Si tiene preguntas sobre Tufts Medicare Preferred HMO, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto, junto con la fecha más reciente de actualización del formulario, aparece en la portada y contraportada.

Si tiene preguntas sobre la cobertura de medicamentos recetados de Medicare, llame a Medicare al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)** 24 horas al día, 7 días a la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**. O bien visite **www.medicare.gov**.

Formulario de Tufts Medicare Preferred HMO

El formulario que comienza en la página 1 proporciona información sobre los medicamentos cubiertos por Tufts Medicare Preferred HMO. Si tiene problemas para encontrar su medicamento en la lista, diríjase al índice que comienza en la página 70.

La primera columna de la tabla indica el nombre del medicamento. Los medicamentos de marca aparecen totalmente en mayúscula (por ejemplo, ENTRESTO) y los medicamentos genéricos se indican en minúscula y cursiva (por ejemplo, *omeprazol*).

La columna de Requisitos/Límites le indica si Tufts Medicare Preferred HMO tiene algún requisito especial de cobertura de su medicamento.

PA BvD: Se requiere autorización previa (PA por sus siglas en inglés) de Medicare Part B o Part D

Estos medicamentos requieren una autorización previa para determinar la cobertura adecuada según Medicare Part B o Part D. Es posible que algunos medicamentos de Part B requieran un 20 % de coaseguro para los miembros con los planes Tufts Medicare Preferred HMO Smart Saver Rx, HMO Saver Rx, HMO Basic Rx y HMO Basic No Rx.

QL: Se aplica una cantidad límite (QL por sus siglas en inglés)

Debido a posibles inquietudes sobre la seguridad y uso, Tufts Medicare Preferred HMO ha establecido limitaciones de surtido en una cantidad pequeña de medicamentos recetados. Esto significa que la farmacia solo surtirá cierta cantidad de un medicamento en un período específico. Estas cantidades se basan en estándares reconocidos de atención, como las recomendaciones de uso de la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos. Si el médico considera que usted necesita una cantidad superior a la limitación del programa, dicho médico puede enviar una solicitud de cobertura según el proceso de revisión médica. El proceso de revisión médica le permite a usted o a su médico solicitar a Tufts Medicare Preferred HMO que haga una excepción a nuestras reglas de cobertura. Consulte la sección “¿Cómo solicito una excepción al Formulario de Tufts Medicare Preferred HMO?” en la página V para obtener información sobre cómo solicitar una excepción.

EC: Medicamento de cobertura mejorada (EC por sus siglas en inglés)

Este medicamento recetado no suele estar cubierto por un plan de medicamentos recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando surte una receta de este medicamento no cuenta para el costo total de sus medicamentos (es decir, la cantidad que paga no le ayuda a optar a la cobertura catastrófica). Además, si está recibiendo ayuda adicional para pagar sus recetas, no obtendrá ninguna ayuda adicional para pagar este medicamento.

HI: Medicamento de infusión domiciliaria (HI por sus siglas en inglés)

Este medicamento recetado puede estar cubierto según sus beneficios médicos. Es posible que algunos medicamentos de Part B necesiten un 20 % de coaseguro para los miembros con los planes Tufts Medicare Preferred HMO Smart Saver Rx, HMO Saver Rx, HMO Basic Rx y HMO Basic No Rx. Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros de Tufts Medicare Preferred HMO al **1-800-701-9000** (los usuarios de TTY deben llamar al 711), de 8 a.m. a 8 p.m., 7 días a la semana desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo y de lunes a viernes desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, o visite **www.thmp.org**.

PA: Se requiere autorización previa

El proceso de autorización previa fomenta que se receten en forma racional los medicamentos que impliquen inquietudes importantes financieras o de seguridad. Un proveedor puede presentar una solicitud de cobertura según la necesidad médica de un miembro por un medicamento en especial. Si se aprueba, el miembro paga el copago asignado al nivel. Hay un proceso de apelación para solicitudes denegadas.

PA NSO: Se requiere autorización previa solo para nuevos ingresos (NSO por sus siglas en inglés)

La restricción de autorización previa solo se aplica si es un miembro nuevo o si ha tomado este medicamento antes.

ST: Se aplica una autorización previa de terapia escalonada (ST por sus siglas en inglés)

La terapia escalonada es una forma automática de autorización previa que utiliza los antecedentes de reclamaciones para la aprobación de un medicamento en el punto de venta. Los programas de terapia escalonada fomentan el uso clínicamente demostrado de terapias de primera línea y están diseñados para garantizar que se usen primero los agentes más económicos y adecuados para la terapia antes de que se puedan cubrir otros tratamientos.

Los miembros que toman actualmente medicamentos que cumplen los criterios iniciales para una terapia escalonada podrán surtir de forma automática sus recetas de medicamentos escalonados. Si el miembro no cumple los criterios iniciales para una terapia escalonada, se rechazará la receta en el punto de venta con un mensaje que indicará que se requiere una autorización previa (PA). Los médicos pueden presentar solicitudes de autorización previa a Tufts Medicare Preferred HMO para los miembros que no cumplen los criterios de terapia escalonada en el punto de venta según el proceso de revisión médica. El proceso de revisión médica le permite a usted o a su médico

solicitar a Tufts Medicare Preferred HMO que haga una excepción a nuestras reglas de cobertura. Consulte la sección “¿Cómo solicito una excepción al Formulario de Tufts Medicare Preferred HMO?” en la página V para obtener información sobre cómo solicitar una excepción.

ST NSO: La autorización previa de terapia escalonada se aplica solo para nuevos ingresos

La restricción de autorización previa de terapia escalonada solo se aplica si usted es un miembro nuevo o no ha tomado este medicamento antes.

NEDS: Medicamento con suministro para una cantidad no extensible de días (NEDS por sus siglas en inglés)

En un esfuerzo por contener los costos de medicamentos, se limitarán ciertos medicamentos de alto costo a un suministro de hasta 30 días por surtido.

SP: Disponible mediante un proveedor designado de farmacia de especialidad (SP por sus siglas en inglés)

Tiene la opción de obtener este medicamento mediante un proveedor designado de farmacia de especialidad. Estas farmacias se especializan en surtir una cantidad seleccionada de medicamentos directamente a nuestros miembros. También ofrecen entregas gratuitas a domicilio, apoyo educativo por teléfono 24 horas al día, 7 días a la semana, apoyo del personal de enfermería y farmacéutico y trabajarán en estrecha colaboración con su médico. Los medicamentos incluyen, entre otros, aquellos que se usan en el tratamiento de esclerosis múltiple, hepatitis C, artritis reumatoide y cánceres tratados con medicamentos por vía oral.

Farmacia especializada Optum: **1-844-265-1705**

Cobertura adicional

Suministros para pruebas de diabetes: Los suministros para pruebas de diabetes, como medidores de glucosa en sangre, tiras reactivas de glucosa en sangre, dispositivos de lancetas, lancetas, soluciones para el control de la glucosa y los sistemas de monitoreo continuo de glucosa (CGM por sus siglas en inglés) están cubiertos por el beneficio médico del plan en las farmacias minoristas o de pedido por correo participantes. Nuestra cobertura preferida es la siguiente:

- Tiras reactivas OneTouch
- Medidores OneTouch (cantidad límite: 1 medidor por 180 días)
- Los monitores continuos de glucosa (CGM) terapéuticos cubiertos incluyen los productos Dexcom y FreeStyle Libre que Medicare considera equipos médicos duraderos (DME por sus siglas en inglés) (se requiere autorización previa).

Vacunas de Part B: Algunas vacunas están cubiertas por los beneficios médicos del plan y pueden obtenerse en las farmacias minoristas participantes. Las vacunas cubiertas por Part B incluyen:

- Vacunas contra la COVID-19
- Vacunas contra la gripe
- Vacunas contra la neumonía (por ejemplo, Pneumovax 23 y Prevnar 13)

Medicamentos orales contra el cáncer de Part B: Algunos medicamentos orales contra el cáncer están cubiertos por los beneficios médicos del plan y pueden obtenerse en las farmacias minoristas participantes. Los medicamentos orales contra el cáncer cubiertos por Part B incluyen:

- Tabletas de Alkeran
- Tabletas de capecitabina
- Cápsulas de etopósido
- Cápsulas de Hycamtin
- Tabletas de melfalán
- Tabletas de Myleran
- Cápsulas de temozolomida

Beneficios de medicamentos recetados: Deducible (para los medicamentos recetados de Part D)	Tufts Medicare Preferred HMO Smart Saver Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Saver Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Basic No Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx
Deducible	Este plan no tiene deducible.	\$250 por año para medicamentos de Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5.	Este plan no cubre medicamentos recetados de Part D.	\$225 por año para medicamentos de Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5.

Beneficios de medicamentos recetados: Cobertura inicial	Tufts Medicare Preferred HMO Smart Saver Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Saver Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Basic No Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx
Nota: Los medicamentos de Nivel 1 y Nivel 2 incluyen una cobertura mejorada de determinados medicamentos, tales como medicamentos seleccionados para la disfunción eréctil (ED por sus siglas en inglés) y vitaminas.	<p>Usted paga lo siguiente hasta que los costos totales anuales de los medicamentos alcancen los \$5,030. Los costos totales anuales de los medicamentos corresponden a los costos totales de los medicamentos pagados por usted y nuestro plan de Part D.</p> <p>Puede obtener sus medicamentos en las farmacias minoristas de la red y otras farmacias de pedido por correo.</p>	<p>Después de pagar su deducible anual de \$250 para los medicamentos de Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5, usted paga lo siguiente hasta que los costos totales anuales de los medicamentos alcancen los \$5,030. Los costos totales anuales de los medicamentos corresponden a los costos totales de los medicamentos pagados por usted y nuestro plan de Part D.</p> <p>Puede obtener sus medicamentos en las farmacias minoristas de la red y otras farmacias de pedido por correo.</p>	Este plan no cubre medicamentos recetados de Part D.	<p>Después de pagar su deducible anual de \$225 para los medicamentos de Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5, usted paga lo siguiente hasta que los costos totales anuales de los medicamentos alcancen los \$5,030. Los costos totales anuales de los medicamentos corresponden a los costos totales de los medicamentos pagados por usted y nuestro plan de Part D.</p> <p>Puede obtener sus medicamentos en las farmacias minoristas de la red y otras farmacias de pedido por correo.</p>

Beneficios de medicamentos recetados: Cobertura inicial	Tufts Medicare Preferred HMO Smart Saver Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Saver Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx
---	---	---------------------------------------	---------------------------------------

Costos compartidos en farmacia minorista: farmacia preferida

Nivel	Suministro para 30 días	Suministro para 60 días	Suministro para 90 días	Suministro para 30 días	Suministro para 60 días	Suministro para 90 días	Suministro para 30 días	Suministro para 60 días	Suministro para 90 días
Nivel 1 (Genérico preferido)	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
Nivel 2 (Genérico)	\$2	\$4	\$6	\$4	\$8	\$12	\$4	\$8	\$12
Nivel 3 (Marca preferida)	\$47 (insulina: \$35)	\$94 (insulina: \$70)	\$141 (insulina: \$105)	\$47 (insulina: \$35)	\$94 (insulina: \$70)	\$141 (insulina: \$105)	\$47 (insulina: \$35)	\$94 (insulina: \$70)	\$141 (insulina: \$105)
Nivel 4 (Medicamento no preferido)	\$100 (insulina: \$35)	\$200 (insulina: \$70)	\$300 (insulina: \$105)	\$100 (insulina: \$35)	\$200 (insulina: \$70)	\$300 (insulina: \$105)	\$100 (insulina: \$35)	\$200 (insulina: \$70)	\$300 (insulina: \$105)
Nivel 5 (Nivel de especialidad)	33 % del costo	N/A	N/A	29 % del costo	N/A	N/A	29 % del costo	N/A	N/A
Nivel 6 (Vacunas)	\$0	N/A	N/A	\$0	N/A	N/A	\$0	N/A	N/A

Tufts Medicare Preferred HMO Value No Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Value Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Prime No Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Prime Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Prime Rx Plus
Este plan no cubre medicamentos recetados de Part D.	Este plan no tiene deducible.	Este plan no cubre medicamentos recetados de Part D.	Este plan no tiene deducible.	

Tufts Medicare Preferred HMO Value No Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Value Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Prime No Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Prime Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Prime Rx Plus
Este plan no cubre medicamentos recetados de Part D.	<p>Usted paga lo siguiente hasta que los costos totales anuales de los medicamentos alcancen los \$5,030. Los costos totales anuales de los medicamentos corresponden a los costos totales de los medicamentos pagados por usted y nuestro plan de Part D.</p> <p>Puede obtener sus medicamentos en las farmacias minoristas de la red y otras farmacias de pedido por correo.</p>	Este plan no cubre medicamentos recetados de Part D.	<p>Usted paga lo siguiente hasta que los costos totales anuales de los medicamentos alcancen los \$5,030. Los costos totales anuales de los medicamentos corresponden a los costos totales de los medicamentos pagados por usted y nuestro plan de Part D.</p> <p>Puede obtener sus medicamentos en las farmacias minoristas de la red y otras farmacias de pedido por correo.</p>	

Tufts Medicare Preferred HMO Value Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Prime Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Prime Rx Plus
--	--	---

Costos compartidos en farmacia minorista: farmacia preferida								
Suministro para 30 días	Suministro para 60 días	Suministro para 90 días	Suministro para 30 días	Suministro para 60 días	Suministro para 90 días	Suministro para 30 días	Suministro para 60 días	Suministro para 90 días
\$0	\$0	\$0	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
\$4	\$8	\$12	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
\$47 (insulina: \$35)	\$94 (insulina: \$70)	\$141 (insulina: \$105)	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
\$100 (insulina: \$35)	\$200 (insulina: \$70)	\$300 (insulina: \$105)	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
33 % del costo	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
\$0	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

Beneficios de medicamentos recetados: Cobertura inicial	Tufts Medicare Preferred HMO Smart Saver Rx			Tufts Medicare Preferred HMO Saver Rx			Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx		
	Costos compartidos en farmacia minorista: farmacia no preferida								
Nivel	Suministro para 30 días	Suministro para 60 días	Suministro para 90 días	Suministro para 30 días	Suministro para 60 días	Suministro para 90 días	Suministro para 30 días	Suministro para 60 días	Suministro para 90 días
Nivel 1 (Genérico preferido)	\$14	\$28	\$42	\$14	\$28	\$42	\$14	\$28	\$42
Nivel 2 (Genérico)	\$19	\$38	\$57	\$19	\$38	\$57	\$19	\$38	\$57
Nivel 3 (Marca preferida)	\$47 (insulina: \$35)	\$94 (insulina: \$70)	\$141 (insulina: \$105)	\$47 (insulina: \$35)	\$94 (insulina: \$70)	\$141 (insulina: \$105)	\$47 (insulina: \$35)	\$94 (insulina: \$70)	\$141 (insulina: \$105)
Nivel 4 (Medicamento no preferido)	\$100 (insulina: \$35)	\$200 (insulina: \$70)	\$300 (insulina: \$105)	\$100 (insulina: \$35)	\$200 (insulina: \$70)	\$300 (insulina: \$105)	\$100 (insulina: \$35)	\$200 (insulina: \$70)	\$300 (insulina: \$105)
Nivel 5 (Nivel de especialidad)	33 % del costo	N/A	N/A	29 % del costo	N/A	N/A	29 % del costo	N/A	N/A
Nivel 6 (Vacunas)	\$0	N/A	N/A	\$0	N/A	N/A	\$0	N/A	N/A
Costos compartidos de farmacia de pedido por correo									
Nivel	Suministro para 30 días	Suministro para 60 días	Suministro para 90 días	Suministro para 30 días	Suministro para 60 días	Suministro para 90 días	Suministro para 30 días	Suministro para 60 días	Suministro para 90 días
Nivel 1 (Genérico preferido)	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
Nivel 2 (Genérico)	\$2	\$4	\$4	\$4	\$8	\$8	\$4	\$8	\$8
Nivel 3 (Marca preferida)	\$47 (insulina: \$35)	\$94 (insulina: \$70)	\$94 (insulina: \$70)	\$47 (insulina: \$35)	\$94 (insulina: \$70)	\$94 (insulina: \$70)	\$47 (insulina: \$35)	\$94 (insulina: \$70)	\$94 (insulina: \$70)
Nivel 4 (Medicamento no preferido)	\$100 (insulina: \$35)	\$200 (insulina: \$70)	\$300 (insulina: \$105)	\$100 (insulina: \$35)	\$200 (insulina: \$70)	\$300 (insulina: \$105)	\$100 (insulina: \$35)	\$200 (insulina: \$70)	\$300 (insulina: \$105)
Nivel 5 (Nivel de especialidad)	33 % del costo	N/A	N/A	29 % del costo	N/A	N/A	29 % del costo	N/A	N/A
Nivel 6 (Vacunas)	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
	<p>Si usted es residente de un centro de cuidados a largo plazo, paga lo mismo que en una farmacia minorista preferida.</p> <p>Puede obtener medicamentos en una farmacia fuera de la red, pero es posible que pague más de lo que paga en una farmacia dentro de la red.</p> <p>Durante este período, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos y usted paga su parte del costo.</p>			<p>Si usted es residente de un centro de cuidados a largo plazo, paga lo mismo que en una farmacia minorista preferida.</p> <p>Puede obtener medicamentos en una farmacia fuera de la red, pero es posible que pague más de lo que paga en una farmacia dentro de la red.</p> <p>Durante este período, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos de Nivel 1, Nivel 2, Nivel 6 y de insulina y usted paga su parte del costo. Después de que alcance el deducible anual de \$250 del Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos de Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5 y usted paga su parte.</p>					

Tufts Medicare Preferred HMO Value Rx			Tufts Medicare Preferred HMO Prime Rx			Tufts Medicare Preferred HMO Prime Rx Plus		
Costos compartidos en farmacia minorista: farmacia no preferida								
Suministro para 30 días	Suministro para 60 días	Suministro para 90 días	Suministro para 30 días	Suministro para 60 días	Suministro para 90 días	Suministro para 30 días	Suministro para 60 días	Suministro para 90 días
\$14	\$28	\$42	\$4	\$8	\$12	\$2	\$4	\$6
\$19	\$38	\$57	\$8	\$16	\$24	\$4	\$8	\$12
\$47 (insulina: \$35)	\$94 (insulina: \$70)	\$141 (insulina: \$105)	\$45 (insulina: \$35)	\$90 (insulina: \$70)	\$135 (insulina: \$105)	\$30	\$60	\$90
\$100 (insulina: \$35)	\$200 (insulina: \$70)	\$300 (insulina: \$105)	\$100 (insulina: \$35)	\$200 (insulina: \$70)	\$300 (insulina: \$105)	\$80 (insulina: \$35)	\$160 (insulina: \$70)	\$240 (insulina: \$105)
33 % del costo	N/A	N/A	33 % del costo	N/A	N/A	33 % del costo	N/A	N/A
\$0	N/A	N/A	\$0	N/A	N/A	\$0	N/A	N/A
Costos compartidos de farmacia de pedido por correo								
Suministro para 30 días	Suministro para 60 días	Suministro para 90 días	Suministro para 30 días	Suministro para 60 días	Suministro para 90 días	Suministro para 30 días	Suministro para 60 días	Suministro para 90 días
\$0	\$0	\$0	\$4	\$8	\$8	\$2	\$4	\$4
\$4	\$8	\$8	\$8	\$16	\$16	\$4	\$8	\$8
\$47 (insulina: \$35)	\$94 (insulina: \$70)	\$94 (insulina: \$70)	\$45 (insulina: \$35)	\$90 (insulina: \$70)	\$90 (insulina: \$70)	\$30	\$60	\$60
\$100 (insulina: \$35)	\$200 (insulina: \$70)	\$300 (insulina: \$105)	\$100 (insulina: \$35)	\$200 (insulina: \$70)	\$300 (insulina: \$105)	\$80 (insulina: \$35)	\$160 (insulina: \$70)	\$240 (insulina: \$105)
33 % del costo	N/A	N/A	33 % del costo	N/A	N/A	33 % del costo	N/A	N/A
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
<p>Si usted es residente de un centro de cuidados a largo plazo, paga lo mismo que en una farmacia minorista preferida.</p> <p>Puede obtener medicamentos en una farmacia fuera de la red, pero es posible que pague más de lo que paga en una farmacia dentro de la red.</p> <p>Durante este período, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos y usted paga su parte del costo.</p>			<p>Si usted es residente de un centro de cuidados a largo plazo, paga lo mismo que en una farmacia minorista.</p> <p>Puede obtener medicamentos en una farmacia fuera de la red, pero es posible que pague más de lo que paga en una farmacia dentro de la red.</p> <p>Durante este período, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos y usted paga su parte del costo.</p>			<p>Si usted es residente de un centro de cuidados a largo plazo, paga lo mismo que en una farmacia minorista.</p> <p>Puede obtener medicamentos en una farmacia fuera de la red, pero es posible que pague más de lo que paga en una farmacia dentro de la red.</p> <p>Durante este período, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos y usted paga su parte del costo.</p>		

Beneficios de medicamentos recetados: Período sin cobertura	Tufts Medicare Preferred HMO Smart Saver Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Saver Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx
	<p>La mayoría de los planes de medicamentos de Medicare tienen un período sin cobertura (que también se denomina “brecha de cobertura”). Esto significa que hay un cambio temporal en lo que usted pagará por sus medicamentos. El período sin cobertura comienza después de que el costo total anual de medicamentos (que incluye lo que ha pagado nuestro plan y lo que ha pagado usted) alcanza los \$5,030.</p> <p>Después de que haya ingresado al período sin cobertura, usted paga \$35 por un suministro para 30 días de insulina cubierta y no paga nada por los medicamentos de vacunas cubiertos de Nivel 6 obtenidos en una farmacia minorista, paga el 25 % del costo del plan por los medicamentos de marca cubiertos y el 25 % del costo del plan por los medicamentos genéricos cubiertos hasta que sus costos alcancen un total de \$8,000, que es el fin del período sin cobertura. No todos ingresarán al período sin cobertura.</p>		

Beneficios de medicamentos recetados: Cobertura catastrófica	Tufts Medicare Preferred HMO Smart Saver Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Saver Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx
	<p>Después de que sus desembolsos anuales para medicamentos (entre los que se incluyen los medicamentos adquiridos en una farmacia minorista y a través de pedido por correo) alcancen los \$8,000, usted no paga nada. Durante este período de pago, el plan paga el costo total de sus medicamentos cubiertos de Part D.</p>		

Tufts Medicare Preferred HMO Value Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Prime Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Prime Rx Plus
<p>La mayoría de los planes de medicamentos de Medicare tienen un período sin cobertura (que también se denomina “brecha de cobertura”). Esto significa que hay un cambio temporal en lo que usted pagará por sus medicamentos. El período sin cobertura comienza después de que el costo total anual de medicamentos (que incluye lo que ha pagado nuestro plan y lo que ha pagado usted) alcanza los \$5,030.</p> <p>Después de que haya ingresado al período sin cobertura, usted paga \$35 por un suministro para 30 días de insulina cubierta y no paga nada por los medicamentos de vacunas cubiertos de Nivel 6 obtenidos en una farmacia minorista, paga el 25 % del costo del plan por los medicamentos de marca cubiertos y el 25 % del costo del plan por los medicamentos genéricos cubiertos hasta que sus costos alcancen un total de \$8,000, que es el fin del período sin cobertura. No todos ingresarán al período sin cobertura.</p>		<p>La mayoría de los planes de medicamentos de Medicare tienen un período sin cobertura (que también se denomina “brecha de cobertura”). Esto significa que hay un cambio temporal en lo que usted pagará por sus medicamentos. El período sin cobertura comienza después de que el costo total anual de medicamentos (que incluye lo que ha pagado nuestro plan y lo que ha pagado usted) alcanza los \$5,030.</p> <p>Después de ingresar al período sin cobertura, usted no paga nada por los medicamentos de vacunas cubiertos de Nivel 6 obtenidos en una farmacia minorista, y sus costos compartidos para los medicamentos de Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5 serán del 25 % del costo del plan para los medicamentos de marca cubiertos y del 25 % del costo del plan para los medicamentos genéricos cubiertos (tenga en cuenta lo siguiente: Pagará \$35 por un suministro para 30 días de insulina cubierta de Nivel 3 y Nivel 4). La tabla a continuación muestra sus costos compartidos para los medicamentos de Nivel 1 y Nivel 2 durante este período. Permanece en este período hasta que sus costos totalicen \$8,000, que es el fin del período sin cobertura. No todos ingresarán al período sin cobertura.</p>

Costos compartidos en farmacia minorista			
Medicamento cubierto	Suministro para 30 días	Suministro para 60 días	Suministro para 90 días
Nivel 1 (Genérico preferido)			
Todos	\$2	\$4	\$6
Nivel 2 (Genérico)			
Todos	\$4	\$8	\$12
Costos compartidos de farmacia de pedido por correo			
Nivel 1 (Genérico preferido)			
Todos	\$2	\$4	\$4
Nivel 2 (Genérico)			
Todos	\$4	\$8	\$8

Tufts Medicare Preferred HMO Value Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Prime Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Prime Rx Plus
<p>Después de que sus desembolsos anuales para medicamentos (entre los que se incluyen los medicamentos adquiridos en una farmacia minorista y a través de pedido por correo) alcancen los \$8,000, usted no paga nada. Durante este período de pago, el plan paga el costo total de sus medicamentos cubiertos de Part D.</p>		

Tabla de contenidos

Agentes antiinfecciosos.....	2
Agentes antineoplásicos	9
Agentes de piel y membranas mucosas.....	16
Agentes del sistema nervioso central	16
Agentes del tracto respiratorio	28
Agentes para la piel y las membranas mucosas	30
Agentes terapéuticos variados.....	30
Agentes terapéuticos varios.....	32
Anestésicos locales	36
Antagonistas de metales pesados.....	36
Antihistamínicos	36
Antitoxinas, inmunoglobulinas, toxoides y vacunas	36
Blood Formation,Coagulation & Thrombosis	38
Cardiovascular Drugs	39
Central Nervous System Agents	40
Componentes dorados	40
Enzimas	40
Equilibrio de agua, electrolítico y calórico	40
Hormonas y sustitutos sintéticos.....	43
Hormones and Synthetic Substitutes	50
Inmunomoduladores	51
Medicamentos autónomos.....	51
Medicamentos cardiovasculares	53
Medicamentos gastrointestinales	57
Miscellaneous Therapeutic Agents.....	60
Preparaciones para ojos, oídos, nariz y garganta	60
Recursos	63
Relajantes musculares suaves	63
Skin and Mucous Membrane Preparations	64
Vitamina	69
Vitaminas	69

ID de formulario: 24517, Versión: 20, Fecha efectiva: 12/01/2024

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
Agentes antiinfecciosos		
Antibacterianos		
<i>amikacin sulfate inj 1gm/4ml, 500mg/2ml</i>	4	HI
<i>amoxicillin/clavulanate potassium</i>	2	
<i>amoxicillin/clavulanate potassium er</i>	2	
<i>amoxicillin chew 125mg, 250mg</i>	1	
<i>amoxicillin caps, susr, tabs</i>	1	
<i>ampicillin sodium inj</i>	4	HI
<i>ampicillin-sulbactam inj 10gm; 5gm, 1gm; 0.5gm</i>	4	HI
<i>ampicillin/sulbactam inj 2gm; 1gm</i>	4	HI
<i>ampicillin caps 500mg</i>	1	
ARIKAYCE	5	PA; NEDS
AUGMENTIN SUSR 125MG/5ML; 31.25MG/5ML	4	
AVYCAZ	5	NEDS; HI
<i>azithromycin tabs</i>	1	
<i>azithromycin pack, susr</i>	2	
<i>azithromycin inj 500mg</i>	2	HI
<i>aztreonam inj 1gm</i>	2	HI
<i>aztreonam inj 2gm</i>	5	NEDS; HI
BAXDELA TABS	5	NEDS
BICILLIN C-R INJ 300000UNIT/ML; 300000UNIT/ML, 900000UNIT/2ML; 300000UNIT/2ML	3	
BICILLIN L-A INJ 1200000UNIT/2ML, 2400000UNIT/4ML, 600000UNIT/ML	3	
CAYSTON	5	PA; NEDS
<i>cefaclor caps</i>	2	
<i>cefaclor susr 125mg/5ml, 250mg/5ml, 375mg/5ml</i>	2	
<i>cefadroxil caps</i>	1	
<i>cefadroxil susr, tabs</i>	2	
<i>cefazolin sodium/dextrose inj 1gm; 4%, 2gm; 3%</i>	2	HI
<i>cefazolin sodium inj 10gm, 1gm/50ml; 4%, 1gm, 2gm, 500mg</i>	2	HI
<i>cefazolin/dextrose inj 3gm/150ml; 4%</i>	2	HI
<i>cefazolin inj 2gm/100ml; 4%, 2gm, 3gm</i>	2	HI
<i>cefdinir</i>	2	
<i>cefepime</i>	4	HI
<i>cefepime hydrochloride inj 2gm</i>	4	HI
<i>cefepime/dextrose</i>	4	HI
<i>cefixime</i>	3	
<i>cefotetan inj 1gm, 2gm</i>	2	HI
<i>cefoxitin sodium inj 10gm, 1gm, 2gm</i>	2	HI
<i>cefpodoxime proxetil susr</i>	3	
<i>cefpodoxime proxetil tabs 100mg</i>	2	
<i>cefpodoxime proxetil tabs 200mg</i>	3	
<i>cefprozil</i>	2	

ID de formulario: 24517, Versión: 20, Fecha efectiva: 12/01/2024

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>ceftazidime inj 1gm, 2gm, 6gm</i>	4	HI
<i>ceftriaxone in iso-osmotic dextrose</i>	2	HI
<i>ceftriaxone sodium inj 10gm, 1gm, 250mg, 2gm, 500mg</i>	4	HI
<i>ceftriaxone/dextrose inj 1gm; 3.74%</i>	2	HI
<i>cefuroxime axetil tabs</i>	2	
<i>cefuroxime sodium inj 1.5gm, 750mg</i>	2	HI
<i>cephalexin caps</i>	1	
<i>cephalexin susr, tabs</i>	2	
<i>ciprofloxacin hcl tabs 100mg, 750mg</i>	1	
<i>ciprofloxacin hydrochloride tabs 250mg, 500mg</i>	1	
<i>ciprofloxacin i.v.-in d5w</i>	2	HI
<i>ciprofloxacin susr 500mg/5ml, 5gm/100ml</i>	4	
<i>clarithromycin er</i>	3	
<i>clarithromycin tabs</i>	2	
<i>clarithromycin susr</i>	3	
<i>clindamycin hcl caps 300mg</i>	1	
<i>clindamycin hydrochloride caps 150mg, 75mg</i>	1	
<i>clindamycin palmitate hydrochloride</i>	3	
<i>clindamycin phosphate/dextrose</i>	2	HI
<i>clindamycin phosphate inj 300mg/2ml, 600mg/4ml, 900mg/60ml, 900mg/6ml</i>	2	HI
<i>colistimethate sodium inj</i>	5	NEDS; HI
DALVANCE	3	HI
<i>daptomycin</i>	5	NEDS; HI
<i>daptomycin/sodium chloride</i>	4	HI
<i>demeclocycline hcl tabs</i>	4	
<i>dicloxacillin sodium</i>	3	
DIFICID	5	NEDS
DOXY 100	3	HI
<i>doxycycline</i>	3	
<i>doxycycline hyclate dr tbec 100mg, 150mg, 200mg, 50mg, 75mg</i>	3	
<i>doxycycline hyclate caps 50mg</i>	1	
<i>doxycycline hyclate caps 100mg</i>	2	
<i>doxycycline hyclate tabs</i>	2	
<i>doxycycline hyclate inj</i>	3	HI
<i>doxycycline monohydrate caps, tabs</i>	1	
<i>ertapenem</i>	4	HI
<i>ertapenem sodium</i>	4	HI
<i>erythromycin base tabs</i>	3	
<i>erythromycin dr cpep</i>	2	
<i>erythromycin dr tbec</i>	3	
<i>erythromycin ethylsuccinate susr, tabs</i>	2	
FIRVANQ	4	

ID de formulario: 24517, Versión: 20, Fecha efectiva: 12/01/2024

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>gentamicin sulfate/0.9% sodium chloride inj 1.2mg/ml; 0.9%, 1.6mg/ml; 0.9%, 1mg/ml; 0.9%, 2mg/ml; 0.9%</i>	2	HI
<i>gentamicin sulfate inj 40mg/ml</i>	4	HI
<i>imipenem/cilastatin</i>	2	HI
<i>isotonic gentamicin inj 0.8mg/ml; 0.9%</i>	2	HI
<i>levofloxacin in d5w</i>	2	HI
<i>levofloxacin inj 25mg/ml</i>	2	HI
<i>levofloxacin oral soln 25mg/ml</i>	3	
<i>levofloxacin tabs 250mg, 500mg, 750mg</i>	1	
<i>linezolid tabs</i>	4	
<i>linezolid susr</i>	5	NEDS
<i>linezolid inj 600mg/300ml</i>	2	HI
<i>meropenem</i>	4	HI
<i>minocycline hcl caps 75mg</i>	2	
<i>minocycline hcl tabs</i>	4	
<i>minocycline hydrochloride caps 100mg, 50mg</i>	2	
<i>mondoxyne nl caps 100mg</i>	1	
<i>moxifloxacin hydrochloride/sodium hydrochloride</i>	2	HI
<i>moxifloxacin hydrochloride tabs 400mg</i>	2	
<i>nafcillin sodium inj 10gm, 1gm, 2gm</i>	2	HI
<i>neomycin sulfate tabs</i>	1	
NUZYRA TABS	5	NEDS
<i>ofloxacin tabs 300mg, 400mg</i>	2	
<i>oxacillin sodium inj 1.5gm/50ml; 1gm/50ml, 10gm, 1gm, 2gm, 300mg/50ml; 2gm/50ml</i>	2	HI
<i>penicillin g potassium in iso-osmotic dextrose</i>	2	HI
<i>penicillin g potassium inj 20000000unit, 5000000unit</i>	4	HI
<i>penicillin g sodium</i>	5	NEDS; HI
<i>penicillin v potassium</i>	1	
<i>piperacillin sodium/tazobactam sodium</i>	4	HI
SIVEXTRO TABS	5	NEDS
<i>streptomycin sulfate inj 1gm</i>	2	
<i>sulfadiazine tabs</i>	2	
<i>sulfamethoxazole/trimethoprim ds</i>	1	
<i>sulfamethoxazole/trimethoprim tabs</i>	1	
<i>sulfamethoxazole/trimethoprim susp</i>	2	
<i>sulfasalazine tabs, tbec</i>	2	
SUPRAX CHEW	4	
SUPRAX SUSR 500MG/5ML	4	
<i>tazicef inj 1gm, 2gm, 6gm</i>	4	HI
TEFLARO	5	NEDS; HI
<i>tetracycline hydrochloride caps</i>	3	
TOBI PODHALER	5	NEDS; SP-Optum Specialty

ID de formulario: 24517, Versión: 20, Fecha efectiva: 12/01/2024

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>tobramycin sulfate inj 1.2gm/30ml, 10mg/ml, 40mg/ml, 80mg/2ml</i>	2	HI
<i>tobramycin nebu 300mg/4ml, 300mg/5ml</i>	5	PA BvD; NEDS; SP-Optum Specialty
<i>vancomycin hcl inj 0.9%; 1gm/200ml</i>	2	HI
<i>vancomycin hcl inj 100gm, 10gm</i>	4	HI
<i>vancomycin hydrochloride caps</i>	3	
<i>vancomycin hydrochloride oral solr</i>	4	
<i>vancomycin hydrochloride inj 1.75gm, 2gm</i>	4	
<i>vancomycin hydrochloride inj 1.25gm, 1.5gm, 1gm, 500mg, 5gm, 750mg</i>	4	HI
<i>vancomycin inj 0.9%; 500mg/100ml, 0.9%; 750mg/150ml</i>	2	HI
VIBRAMYCIN SYRP	4	
XENLETA TABS	5	NEDS
XIFAXAN TABS 200MG	4	
XIFAXAN TABS 550MG	5	PA; NEDS
ZERBAXA	5	NEDS; HI
ZOSYN INJ 1GM/50ML; 2GM/50ML; 0.25GM/50ML, 5%; 3GM/50ML; 0.375GM/50ML, 5%; 4GM/100ML; 0.5GM/100ML	3	HI
Antihelmínticos		
<i>albendazole tabs</i>	5	NEDS
<i>ivermectin tabs 3mg</i>	2	
<i>praziquantel tabs</i>	3	
Antiinfecciosos urinarios		
<i>fosfomicin tromethamine</i>	3	
<i>methenamine hippurate</i>	3	
<i>methenamine mandelate tabs 0.5gm, 1gm</i>	2	
<i>nitrofurantoin macrocrystals</i>	2	
<i>nitrofurantoin monohydrate/macrocrystals</i>	2	
<i>trimethoprim tabs</i>	1	
Antimicobacterianos		
<i>dapsone tabs</i>	4	
<i>ethambutol hydrochloride</i>	3	
<i>isoniazid tabs</i>	1	
<i>isoniazid syrp</i>	2	
PASER	4	
PRIFTIN	3	
<i>pyrazinamide tabs</i>	4	
<i>rifabutin</i>	3	
<i>rifampin inj</i>	2	
<i>rifampin caps</i>	3	
SIRTURO	5	PA; NEDS
TRECTOR	4	
Antimicóticos		

ID de formulario: 24517, Versión: 20, Fecha efectiva: 12/01/2024

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
ABELCET	4	PA
<i>amphotericin b liposome</i>	5	PA; NEDS
<i>amphotericin b inj</i>	2	PA
<i>caspofungin acetate inj 70mg</i>	4	
<i>caspofungin acetate inj 50mg</i>	5	NEDS
<i>fluconazole in sodium chloride</i>	2	
<i>fluconazole susr, tabs</i>	2	
<i>flucytosine caps</i>	5	NEDS
<i>griseofulvin microsize susp</i>	2	
<i>griseofulvin microsize tabs</i>	3	
<i>griseofulvin ultramicrosize tabs 125mg, 250mg</i>	3	
<i>itraconazole caps</i>	2	
<i>itraconazole soln</i>	3	
<i>ketoconazole tabs 200mg</i>	2	
<i>micafungin inj 100mg</i>	3	
<i>micafungin inj 50mg</i>	5	NEDS
NOXAFIL PACK, SUSP	5	NEDS
<i>nystatin susp 100000unit/ml</i>	2	
<i>nystatin tabs 500000unit</i>	2	
<i>posaconazole dr</i>	5	NEDS
<i>posaconazole susp</i>	5	NEDS
<i>terbinafine hcl tabs</i>	1	QL(42 EA por 42 días)
<i>voriconazole tabs</i>	4	
<i>voriconazole susr</i>	5	NEDS
<i>voriconazole inj</i>	5	PA; NEDS
Antiprotozoarios		
<i>atovaquone/proguanil hcl</i>	4	
<i>atovaquone susp</i>	5	NEDS
BENZNIDAZOLE	4	
<i>chloroquine phosphate tabs</i>	2	
COARTEM	3	QL(24 EA por 3 días)
<i>hydroxychloroquine sulfate tabs 200mg</i>	2	
IMPAVIDO	5	NEDS
<i>mefloquine hcl</i>	2	
<i>metronidazole caps 375mg</i>	2	
<i>metronidazole inj 500mg/100ml</i>	2	HI
<i>metronidazole tabs 250mg, 500mg</i>	2	
<i>nitazoxanide tabs</i>	3	
<i>paromomycin sulfate caps</i>	2	
<i>pentamidine isethionate inj</i>	3	
<i>pentamidine isethionate inhalation solr</i>	3	PA BvD
<i>primaquine phosphate tabs</i>	2	
<i>pyrimethamine tabs</i>	5	NEDS
<i>quinine sulfate caps 324mg</i>	4	PA
SOLOSEC	4	

ID de formulario: 24517, Versión: 20, Fecha efectiva: 12/01/2024

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>tinidazole tabs</i>	2	
Antivirales		
<i>abacavir</i>	3	
<i>abacavir sulfate/lamivudine</i>	3	
<i>abacavir sulfate/lamivudine/zidovudine</i>	5	NEDS
<i>acyclovir sodium inj 50mg/ml</i>	4	PA
<i>acyclovir caps 200mg</i>	1	
<i>acyclovir susp 200mg/5ml</i>	3	
<i>acyclovir tabs 400mg, 800mg</i>	2	
<i>adefovir dipivoxil</i>	4	
APTIVUS CAPS	5	NEDS
<i>atazanavir</i>	4	
<i>atazanavir sulfate caps 300mg</i>	4	
BIKTARVY	5	NEDS
<i>cidofovir</i>	5	NEDS
CIMDUO	5	NEDS
COMPLERA	5	NEDS
<i>darunavir</i>	5	NEDS
DELSTRIGO	3	
DESCOVY	5	NEDS
DOVATO	5	NEDS
EDURANT	5	NEDS
<i>efavirenz/emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate</i>	5	NEDS
<i>efavirenz/lamivudine/tenofovir disoproxil fumarate</i>	5	NEDS
<i>efavirenz caps</i>	3	
<i>efavirenz tabs</i>	4	
<i>emtricitabine</i>	3	
<i>emtricitabine/tenofovir disoproxil</i>	5	NEDS
<i>emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate tabs 200mg; 300mg</i>	4	
<i>emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate tabs 100mg; 150mg, 133mg; 200mg</i>	5	NEDS
EMTRIVA SOLN	3	
<i>entecavir</i>	4	
EPCLUSA	5	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
<i>etravirine tabs 100mg</i>	3	
<i>etravirine tabs 200mg</i>	5	NEDS
EVOTAZ	5	NEDS
<i>famciclovir tabs</i>	3	
<i>fosamprenavir calcium</i>	5	NEDS
FUZEON	5	NEDS
GENVOYA	5	NEDS
HARVONI PACK	5	PA; NEDS; SP-Optum Specialty

ID de formulario: 24517, Versión: 20, Fecha efectiva: 12/01/2024

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
HARVONI TABS 90MG; 400MG	5	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
INTELENCE TABS 25MG	3	
ISENTRESS HD	5	QL(60 EA por 30 días); NEDS
ISENTRESS PACK	3	
ISENTRESS TABS	5	QL(120 EA por 30 días); NEDS
ISENTRESS CHEW 25MG	3	QL(720 EA por 30 días)
ISENTRESS CHEW 100MG	5	QL(180 EA por 30 días); NEDS
JULUCA	5	NEDS
LAGEVRIO	3	QL(40 EA por 5 días)
<i>lamivudine</i>	2	
<i>lamivudine/zidovudine</i>	4	
LEXIVA SUSP	3	
LIVTENCITY	5	PA; NEDS
<i>lopinavir/ritonavir soln</i>	3	
<i>lopinavir/ritonavir tabs 100mg; 25mg</i>	3	
<i>lopinavir/ritonavir tabs 200mg; 50mg</i>	4	
<i>maraviroc tabs 300mg</i>	5	QL(120 EA por 30 días); NEDS
<i>maraviroc tabs 150mg</i>	5	QL(60 EA por 30 días); NEDS
MAVYRET	5	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
<i>nevirapine</i>	2	
<i>nevirapine er</i>	2	
NORVIR PACK, SOLN	3	
ODEFSEY	5	NEDS
<i>oseltamivir phosphate caps, susr</i>	1	
PAXLOVID TBPK 150MG; 100MG	3	QL(20 EA por 5 días); \$0 Copay
PAXLOVID TBPK 150MG; 100MG	3	QL(30 EA por 5 días); \$0 Copay
PEGASYS	5	QL(4 ML por 28 días); NEDS; SP-Optum Specialty
PIFELTRO	5	NEDS
PREVYMIS TABS	5	PA; NEDS
PREZCOBIX	5	NEDS
PREZISTA SUSP	5	NEDS
PREZISTA TABS 75MG	4	
PREZISTA TABS 150MG, 600MG, 800MG	5	NEDS
RELENZA DISKHALER	3	

ID de formulario: 24517, Versión: 20, Fecha efectiva: 12/01/2024

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
REYATAZ PACK	5	NEDS
<i>ribavirin caps</i>	2	SP-Optum Specialty
<i>ribavirin tabs 200mg</i>	2	SP-Optum Specialty
<i>rimantadine hydrochloride</i>	2	
<i>ritonavir</i>	3	
RUKOBIA	5	NEDS
SELZENTRY SOLN	3	QL(1800 ML por 30 días)
SELZENTRY TABS 25MG	4	
SELZENTRY TABS 75MG	5	NEDS
STRIBILD	5	NEDS
SUNLENCA TBPK	5	NEDS
SYMTUZA	5	NEDS
TEMIXYS	5	NEDS
<i>tenofovir disoproxil fumarate</i>	3	
TIVICAY PD	4	
TIVICAY TABS 10MG	3	
TIVICAY TABS 25MG, 50MG	5	NEDS
TRIUMEQ	5	NEDS
TRIUMEQ PD	5	NEDS
TRIZIVIR	5	NEDS
<i>valacyclovir hydrochloride tabs 500mg</i>	2	
<i>valacyclovir hydrochloride tabs 1gm</i>	3	
<i>valganciclovir</i>	3	
<i>valganciclovir hydrochloride</i>	5	NEDS
VEMLIDY	5	NEDS
VIRACEPT TABS 250MG	3	
VIRACEPT TABS 625MG	5	NEDS
VIREAD POWD	5	NEDS
VIREAD TABS 150MG, 200MG, 250MG	5	NEDS
VOSEVI	5	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
XOFLUZA TBPK 40MG, 80MG	3	QL(1 EA por 7 días)
XOFLUZA TBPK 20MG	3	QL(2 EA por 7 días)
<i>zidovudine</i>	2	
Agentes antineoplásicos		
<i>Agentes antineoplásicos</i>		
<i>abiraterone acetate</i>	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
AKEEGA	5	PA NSO; NEDS
ALECENSA	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
ALUNBRIG	5	PA NSO; NEDS
AUGTYRO	5	PA NSO; NEDS
AYVAKIT	5	QL(30 EA por 30 días); PA NSO; NEDS

ID de formulario: 24517, Versión: 20, Fecha efectiva: 12/01/2024

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
BALVERSA	5	PA NSO; NEDS
BESREMI	5	PA NSO; NEDS
<i>bexarotene caps 75mg</i>	5	NEDS; SP-Optum Specialty
<i>bicalutamide</i>	2	
<i>bortezomib inj 1mg, 2.5mg</i>	4	
<i>bortezomib inj 3.5mg/1.4ml, 3.5mg</i>	5	NEDS
BOSULIF CAPS 50MG	5	PA NSO; NEDS
BOSULIF CAPS 100MG	5	QL(120 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
BOSULIF TABS 100MG	5	QL(120 EA por 30 días); PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
BOSULIF TABS 400MG, 500MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
BRAFTOVI	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
BRUKINSA	5	PA NSO; NEDS
CABOMETYX	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
CALQUENCE TABS	5	PA NSO; NEDS
CALQUENCE CAPS	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
CAPRELSA TABS 300MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
CAPRELSA TABS 100MG	5	QL(60 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
COMETRIQ	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
COPIKTRA	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
COTELLIC	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
<i>cyclophosphamide tabs</i>	3	PA BvD
<i>cyclophosphamide caps</i>	3	PA BvD; SP-Optum Specialty
DARZALEX	5	NEDS
<i>dasatinib</i>	5	PA NSO; NEDS
DAURISMO	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
<i>docetaxel</i>	4	
DROXIA	3	
EMCYT	3	

ID de formulario: 24517, Versión: 20, Fecha efectiva: 12/01/2024

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
ERIVEDGE	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
ERLEADA TABS 240MG	5	PA NSO; NEDS
ERLEADA TABS 60MG	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
<i>erlotinib hydrochloride tabs 150mg, 25mg</i>	5	QL(30 EA por 30 días); NEDS; SP-Optum Specialty
<i>erlotinib hydrochloride tabs 100mg</i>	5	QL(90 EA por 30 días); NEDS; SP-Optum Specialty
<i>everolimus tabs 10mg, 2.5mg, 5mg, 7.5mg</i>	5	QL(30 EA por 30 días); PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
<i>everolimus tbso 2mg, 3mg, 5mg</i>	5	QL(60 EA por 30 días); PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
EXKIVITY	5	PA NSO; NEDS
<i>flutamide</i>	2	
FOTIVDA	5	PA NSO; NEDS
FRUZAQLA	5	PA NSO; NEDS
GAVRETO	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
<i>gefitinib</i>	5	PA NSO; NEDS
GILOTRIF	5	PA NSO; NEDS
GLEOSTINE	4	
<i>hydroxyurea</i>	2	
IBRANCE	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
ICLUSIG	5	PA NSO; NEDS
IDHIFA	5	QL(30 EA por 30 días); PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
<i>imatinib mesylate</i>	5	NEDS; SP-Optum Specialty
IMBRUVICA SUSP	5	PA NSO; NEDS
IMBRUVICA CAPS, TABS	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
INLYTA	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
INQOVI	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
INREBIC	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
INTRON A	3	SP-Optum Specialty

ID de formulario: 24517, Versión: 20, Fecha efectiva: 12/01/2024

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
IRESSA	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
IWILFIN	5	PA NSO; NEDS
JAKAFI	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
JAYPIRCA	5	PA NSO; NEDS
JYLAMVO	4	PA BvD
KISQALI	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
KOSELUGO	5	PA NSO; NEDS
KRAZATI	5	PA NSO; NEDS
KYPROLIS	5	NEDS
<i>lapatinib ditosylate</i>	5	QL(180 EA por 30 días); PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
LAZCLUZE TABS 240MG	5	PA NSO; NEDS
LAZCLUZE TABS 80MG	5	QL(60 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
<i>lenalidomide caps 2.5mg, 20mg</i>	5	PA NSO; NEDS
<i>lenalidomide caps 10mg, 15mg, 25mg, 5mg</i>	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
LENVIMA 10 MG DAILY DOSE	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
LENVIMA 12MG DAILY DOSE	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
LENVIMA 14 MG DAILY DOSE	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
LENVIMA 18 MG DAILY DOSE	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
LENVIMA 20 MG DAILY DOSE	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
LENVIMA 24 MG DAILY DOSE	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
LENVIMA 4 MG DAILY DOSE	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
LENVIMA 8 MG DAILY DOSE	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
LEUKERAN	3	
LONSURF	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
LORBRENA	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
LUMAKRAS TABS 240MG, 320MG	5	PA NSO; NEDS
LUMAKRAS TABS 120MG	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty

ID de formulario: 24517, Versión: 20, Fecha efectiva: 12/01/2024

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
LYNPARZA	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
LYSODREN	3	
LYTGOBI	5	PA NSO; NEDS
MATULANE	5	NEDS
MEKINIST SOLR	5	PA NSO; NEDS
MEKINIST TABS	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
MEKTOVI	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
<i>mercaptopurine</i>	2	
<i>methotrexate</i>	2	PA BvD
<i>methotrexate sodium</i>	2	PA BvD
NERLYNX	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
<i>nilutamide</i>	5	NEDS
NINLARO	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
NUBEQA	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
ODOMZO	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
OGSIVEO	5	PA NSO; NEDS
OJEMDA	5	PA NSO; NEDS
OJJAARA	5	PA NSO; NEDS
ONUREG	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
OPDIVO	5	NEDS
ORSERDU	5	PA NSO; NEDS
<i>paclitaxel</i>	2	
<i>pazopanib hydrochloride</i>	5	QL(120 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
PEMAZYRE	5	PA NSO; NEDS
PIQRAY 200MG DAILY DOSE	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
PIQRAY 250MG DAILY DOSE	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
PIQRAY 300MG DAILY DOSE	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
POMALYST	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
PURIXAN	5	NEDS
QINLOCK	5	PA NSO; NEDS
RETEVMO CAPS	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty

ID de formulario: 24517, Versión: 20, Fecha efectiva: 12/01/2024

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
RETEVMO TABS 120MG, 160MG	5	PA NSO; NEDS
RETEVMO TABS 80MG	5	QL(60 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
RETEVMO TABS 40MG	5	QL(90 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
REVLIMID	5	PA NSO; NEDS
REZLIDHIA	5	PA NSO; NEDS
ROZLYTREK PACK	5	PA NSO; NEDS
ROZLYTREK CAPS	5	PA NSO; NEDS; SP- Optum Specialty
RUBRACA	5	QL(120 EA por 30 días); PA NSO; NEDS; SP- Optum Specialty
RYDAPT	5	PA NSO; NEDS; SP- Optum Specialty
SCEMBLIX TABS 20MG, 40MG	5	PA NSO; NEDS; SP- Optum Specialty
SCEMBLIX TABS 100MG	5	QL(120 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
<i>sorafenib</i>	5	QL(220 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
<i>sorafenib tosylate</i>	5	QL(220 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
SPRYCEL	5	PA NSO; NEDS; SP- Optum Specialty
STIVARGA	5	QL(90 EA por 30 días); PA NSO; NEDS; SP- Optum Specialty
<i>sunitinib malate</i>	5	PA NSO; NEDS; SP- Optum Specialty
SYNRIBO	5	NEDS
TABLOID	3	SP-Optum Specialty
TABRECTA	5	PA NSO; NEDS; SP- Optum Specialty
TAFINLAR TBSO	5	PA NSO; NEDS
TAFINLAR CAPS	5	PA NSO; NEDS; SP- Optum Specialty
TAGRISO	5	PA NSO; NEDS; SP- Optum Specialty
TALZENNA CAPS 0.1MG, 0.35MG	5	PA NSO; NEDS
TALZENNA CAPS 0.25MG, 0.5MG, 0.75MG, 1MG	5	PA NSO; NEDS; SP- Optum Specialty
TASIGNA	5	PA NSO; NEDS; SP- Optum Specialty
TAZVERIK	5	PA NSO; NEDS

ID de formulario: 24517, Versión: 20, Fecha efectiva: 12/01/2024

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
TEPMETKO	5	PA NSO; NEDS
TIBSOVO	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
<i>tretinoin caps 10mg</i>	5	NEDS; SP-Optum Specialty
TREXALL	4	PA BvD
TRUQAP	5	PA NSO; NEDS
TRUSELTIQ	5	PA NSO; NEDS
TUKYSA	5	PA NSO; NEDS
TURALIO	5	PA NSO; NEDS
VANFLYTA	5	PA NSO; NEDS
VENCLEXTA STARTING PACK	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
VENCLEXTA TABS 10MG, 50MG	3	PA NSO; SP-Optum Specialty
VENCLEXTA TABS 100MG	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
VERZENIO	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
VITRAKVI	5	PA NSO; NEDS
VIZIMPRO	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
VONJO	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
VORANIGO TABS 40MG	5	PA NSO; NEDS
VORANIGO TABS 10MG	5	QL(60 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
VOTRIENT	5	QL(120 EA por 30 días); PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
WELIREG	5	PA NSO; NEDS
XALKORI CPSP	5	PA NSO; NEDS
XALKORI CAPS	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
XATMEP	4	PA BvD
XOSPATA	5	PA NSO; NEDS
XPOVIO	5	PA NSO; NEDS
XPOVIO 100 MG ONCE WEEKLY	5	PA NSO; NEDS
XPOVIO 40 MG ONCE WEEKLY	5	PA NSO; NEDS
XPOVIO 40 MG TWICE WEEKLY	5	PA NSO; NEDS
XPOVIO 60 MG ONCE WEEKLY	5	PA NSO; NEDS
XPOVIO 60 MG TWICE WEEKLY	5	PA NSO; NEDS
XPOVIO 80 MG ONCE WEEKLY	5	PA NSO; NEDS
XPOVIO 80 MG TWICE WEEKLY	5	PA NSO; NEDS

ID de formulario: 24517, Versión: 20, Fecha efectiva: 12/01/2024

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
XTANDI	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
YERVOY	5	NEDS
YONSA	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
ZEJULA TABS	5	PA NSO; NEDS
ZEJULA CAPS	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
ZELBORAF	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
ZOLINZA	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
ZYDELIG	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
ZYKADIA	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
Agentes de piel y membranas mucosas		
<i>Agentes antiinflamatorios</i>		
CORTIFOAM	4	
<i>fluocinolone acetonide topical</i>	4	
<i>kourzeq</i>	2	
<i>Agentes de la membrana mucosa y de la piel, varios</i>		
<i>nitroglycerin oint 0.4%</i>	4	QL(30 GM por 30 días)
<i>podofilox gel 0.5%</i>	4	
<i>Agentes queratolíticos</i>		
<i>tazarotene crea 0.05%</i>	4	PA
<i>Antiinfecciosos</i>		
<i>clindamycin phosphate gel 1%</i>	2	
<i>klayesta</i>	2	
<i>naftifine hydrochloride gel 1%</i>	3	
<i>Antipruriginosos y Anestésicos Locales</i>		
<i>glydo</i>	2	QL(100 ML por 30 días)
<i>lidocaine hcl jelly</i>	2	QL(100 ML por 30 días)
<i>lidocaine hcl prsy 2%</i>	2	QL(100 ML por 30 días)
<i>lidocaine hydrochloride prsy 2%</i>	2	QL(100 ML por 30 días)
PROCTOFOAM HC	4	
Agentes del sistema nervioso central		
<i>Agentes anorexígenos y estimulantes respiratorios y del sistema nervioso central (CNS)</i>		
<i>amphetamine/dextroamphetamine</i>	3	
<i>armodafinil</i>	3	PA
<i>dexmethylphenidate hcl er cp24 20mg, 35mg</i>	3	
<i>dexmethylphenidate hcl tabs 10mg, 5mg</i>	2	
<i>dexmethylphenidate hydrochloride er cp24 10mg, 15mg, 30mg, 40mg, 5mg</i>	3	

ID de formulario: 24517, Versión: 20, Fecha efectiva: 12/01/2024

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>dexmethylphenidate hydrochloride cp24</i>	3	
<i>dexmethylphenidate hydrochloride tabs 2.5mg</i>	2	
<i>dextroamphetamine sulfate er</i>	3	
<i>dextroamphetamine sulfate tabs 10mg, 15mg, 20mg, 30mg, 5mg</i>	3	
<i>lisdexamfetamine dimesylate</i>	3	PA
<i>methamphetamine hcl</i>	2	PA
<i>methylphenidate hydrochloride cd cpr 10mg, 20mg, 30mg, 50mg, 60mg</i>	3	
<i>methylphenidate hydrochloride er (la)</i>	3	
<i>methylphenidate hydrochloride er cp24 10mg, 20mg, 30mg, 40mg</i>	3	
<i>methylphenidate hydrochloride er cpr 40mg</i>	3	
<i>methylphenidate hydrochloride er tb24, tbc</i>	3	
<i>methylphenidate hydrochloride soln, tabs</i>	2	
<i>methylphenidate hydrochloride chew</i>	3	
<i>modafinil tabs</i>	2	PA
SUNOSI	4	PA
VYVANSE	4	PA
Agentes antijaquecosos		
AIMOVIG	3	QL(1 ML por 30 días); PA
<i>almotriptan</i>	4	
<i>eletriptan hydrobromide</i>	3	
EMGALITY INJ 120MG/ML	3	QL(2 ML por 30 días); PA
EMGALITY INJ 100MG/ML	3	QL(3 ML por 30 días); PA
<i>frovatriptan succinate</i>	4	
<i>naratriptan hcl</i>	4	
NURTEC	4	PA
<i>rizatriptan benzoate</i>	2	
<i>rizatriptan benzoate odt</i>	2	
<i>sumatriptan succinate refill inj 6mg/0.5ml</i>	3	
<i>sumatriptan succinate tabs</i>	2	
<i>sumatriptan succinate inj 6mg/0.5ml</i>	3	
<i>sumatriptan succinate inj 4mg/0.5ml, 6mg/0.5ml</i>	4	
<i>sumatriptan soln</i>	3	
UBRELVY	4	PA
<i>zolmitriptan odt</i>	2	
<i>zolmitriptan tabs</i>	4	
<i>zolmitriptan soln 5mg</i>	3	
Agentes antimaníacos		
<i>lithium</i>	1	
<i>lithium carbonate er</i>	1	
<i>lithium carbonate caps, tabs</i>	1	
Agentes antiparkinsonianos		
<i>amantadine hcl caps, soln, tabs</i>	2	

ID de formulario: 24517, Versión: 20, Fecha efectiva: 12/01/2024

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>benztropine mesylate tabs</i>	1	
<i>bromocriptine mesylate caps, tabs</i>	3	
<i>cabergoline</i>	2	
<i>carbidopa/levodopa</i>	2	
<i>carbidopa/levodopa er</i>	2	
<i>carbidopa/levodopa odt</i>	2	
<i>carbidopa/levodopa/entacapone</i>	3	
<i>carbidopa tabs</i>	2	
EMSAM	5	ST NSO; NEDS
<i>entacapone</i>	2	
GOCOVRI	4	PA
INBRIJA	5	NEDS
KYNMOBI	5	NEDS
NEUPRO	4	QL(30 EA por 30 días)
ONGENTYS	4	
<i>pramipexole dihydrochloride</i>	1	
<i>pramipexole dihydrochloride er</i>	4	
<i>rasagiline mesylate tabs</i>	4	
<i>ropinirole er</i>	2	
<i>ropinirole hcl tabs 0.5mg, 1mg, 2mg, 4mg, 5mg</i>	1	
<i>ropinirole hydrochloride tabs 0.25mg, 3mg</i>	1	
RYTARY	4	
<i>selegiline hcl caps</i>	2	
<i>selegiline hcl tabs</i>	3	
<i>trihexyphenidyl hcl soln</i>	1	
<i>trihexyphenidyl hydrochloride</i>	1	
Agentes de fibromialgia		
SAVELLA	3	
SAVELLA TITRATION PACK	3	
Agentes del sistema nervioso central, varios		
<i>acamprosate calcium dr</i>	2	
<i>atomoxetine hydrochloride</i>	4	QL(60 EA por 30 días)
<i>atomoxetine caps 100mg, 80mg</i>	4	QL(30 EA por 30 días)
<i>atomoxetine caps 18mg, 40mg, 60mg</i>	4	QL(60 EA por 30 días)
EXSERVAN	5	NEDS
<i>guanfacine hydrochloride er</i>	3	QL(90 EA por 90 días)
<i>memantine hcl titration pak</i>	2	
<i>memantine hydrochloride er</i>	3	
<i>memantine hydrochloride tabs</i>	2	
<i>memantine hydrochloride soln</i>	3	
NAMZARIC	3	
NOURIANZ	5	QL(30 EA por 30 días); NEDS
NUEDEXTA	3	PA

ID de formulario: 24517, Versión: 20, Fecha efectiva: 12/01/2024

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
RADICAVA ORS	5	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
RADICAVA ORS STARTER KIT	5	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
RELYVRIO	5	QL(60 EA por 30 días); PA; NEDS
<i>riluzole</i>	3	
<i>sodium oxybate</i>	5	PA; NEDS
Agentes psicoterapéuticos		
ABILIFY ASIMTUFII	5	NEDS
ABILIFY MAINTENA	5	NEDS
ABILIFY MYCITE	5	QL(30 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
ABILIFY MYCITE MAINTENANCE KIT	5	QL(30 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
ABILIFY MYCITE STARTER KIT	5	QL(30 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
<i>amitriptyline hcl tabs 100mg, 150mg, 25mg, 75mg</i>	2	
<i>amitriptyline hydrochloride tabs 100mg, 10mg, 50mg</i>	2	
<i>amoxapine</i>	2	
ALENZIN TB24 174MG, 348MG	4	ST NSO
ALENZIN TB24 522MG	5	ST NSO; NEDS
<i>aripiprazole</i>	3	
<i>aripiprazole odt</i>	3	
ARISTADA	5	NEDS
ARISTADA INITIO	5	NEDS
<i>asenapine maleate sl</i>	3	ST NSO
AUVELITY	4	
<i>bupropion hcl tabs 100mg</i>	2	
<i>bupropion hydrochloride er (sr)</i>	2	
<i>bupropion hydrochloride er (xl)</i>	2	
<i>bupropion hydrochloride tabs 75mg</i>	2	
CAPLYTA	5	QL(30 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
<i>chlordiazepoxide/amitriptyline</i>	2	
<i>chlorpromazine hcl tabs</i>	4	
<i>chlorpromazine hydrochloride conc, tabs</i>	4	
<i>citalopram hydrobromide tabs</i>	1	
<i>citalopram hydrobromide caps, soln</i>	3	
<i>clomipramine hydrochloride</i>	3	
<i>clozapine odt</i>	2	
<i>clozapine tabs 100mg, 200mg, 25mg, 50mg</i>	2	
<i>desipramine hydrochloride</i>	2	
<i>desvenlafaxine er</i>	2	
<i>doxepin hcl caps 75mg</i>	3	

ID de formulario: 24517, Versión: 20, Fecha efectiva: 12/01/2024

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>doxepin hcl conc</i>	2	
<i>doxepin hydrochloride caps 100mg, 10mg, 150mg, 25mg, 50mg</i>	3	
<i>doxepin hydrochloride tabs 3mg, 6mg</i>	4	QL(30 EA por 30 días)
DRIZALMA SPRINKLE CSDR 20MG, 60MG	4	QL(60 EA por 30 días)
DRIZALMA SPRINKLE CSDR 30MG, 40MG	4	QL(90 EA por 30 días)
<i>duloxetine hcl cpep 40mg</i>	4	QL(90 EA por 30 días)
<i>duloxetine hydrochloride cpep 20mg, 60mg</i>	2	QL(60 EA por 30 días)
<i>duloxetine hydrochloride cpep 30mg</i>	2	QL(90 EA por 30 días)
<i>escitalopram oxalate tabs</i>	1	
<i>escitalopram oxalate soln</i>	4	
FANAPT	4	ST NSO
FANAPT TITRATION PACK	4	ST NSO
FETZIMA	4	ST NSO
FETZIMA TITRATION PACK	4	ST NSO
<i>fluoxetine dr</i>	1	
<i>fluoxetine hydrochloride caps</i>	1	
<i>fluoxetine hydrochloride soln</i>	3	
<i>fluoxetine hydrochloride tabs</i>	4	
<i>fluphenazine decanoate inj</i>	3	
<i>fluphenazine hcl conc</i>	2	
<i>fluphenazine hcl tabs 1mg</i>	3	
<i>fluphenazine hydrochloride elix, inj</i>	2	
<i>fluphenazine hydrochloride tabs 10mg, 2.5mg, 5mg</i>	3	
<i>fluvoxamine maleate</i>	2	
<i>fluvoxamine maleate er</i>	4	
<i>haloperidol decanoate inj</i>	2	
<i>haloperidol lactate</i>	2	
<i>haloperidol conc, tabs</i>	1	
<i>imipramine hcl tabs 25mg, 50mg</i>	2	
<i>imipramine hydrochloride tabs 10mg</i>	2	
<i>imipramine pamoate</i>	4	
INVEGA HAFYERA	5	NEDS
INVEGA SUSTENNA INJ 39MG/0.25ML	4	
INVEGA SUSTENNA INJ 117MG/0.75ML, 156MG/ML, 234MG/1.5ML, 78MG/0.5ML	5	NEDS
INVEGA TRINZA	5	NEDS
<i>loxapine</i>	2	
<i>lurasidone hydrochloride tabs 120mg, 20mg, 40mg, 60mg</i>	4	QL(30 EA por 30 días)
<i>lurasidone hydrochloride tabs 80mg</i>	4	QL(60 EA por 30 días)
LYBALVI	5	PA NSO; NEDS
MARPLAN	4	
<i>mirtazapine odt</i>	2	
<i>mirtazapine tabs</i>	2	
<i>molindone hydrochloride</i>	3	

ID de formulario: 24517, Versión: 20, Fecha efectiva: 12/01/2024

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>nefazodone hydrochloride</i>	2	
<i>nortriptyline hcl caps 25mg, 75mg</i>	1	
<i>nortriptyline hcl soln</i>	1	
<i>nortriptyline hydrochloride caps 10mg, 50mg</i>	1	
NUPLAZID CAPS	5	QL(60 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
NUPLAZID TABS 10MG	5	QL(60 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
<i>olanzapine</i>	2	
<i>olanzapine odt</i>	2	
<i>olanzapine/fluoxetine</i>	2	
<i>paliperidone er</i>	4	
<i>paroxetine</i>	1	
<i>paroxetine hcl er</i>	4	
<i>paroxetine hcl tabs 30mg, 40mg</i>	1	
<i>paroxetine hydrochloride susp</i>	3	
<i>paroxetine hydrochloride tabs 10mg, 20mg</i>	1	
<i>perphenazine/amitriptyline</i>	3	
<i>perphenazine tabs</i>	2	
PERSERIS	5	NEDS
<i>phenelzine sulfate tabs</i>	2	
<i>pimozide</i>	4	
<i>prochlorperazine edisylate inj 10mg/2ml, 50mg/10ml</i>	2	
<i>prochlorperazine maleate tabs</i>	1	
<i>prochlorperazine supp 25mg</i>	3	
<i>protriptyline hcl</i>	3	
<i>quetiapine fumarate er</i>	3	
<i>quetiapine fumarate tabs 100mg, 150mg, 200mg, 300mg, 400mg</i>	2	
<i>quetiapine fumarate tabs 25mg, 50mg</i>	2	QL(60 EA por 30 días)
REXULTI	5	NEDS
RISPERDAL CONSTA INJ 12.5MG	4	
RISPERDAL CONSTA INJ 25MG, 37.5MG, 50MG	5	NEDS
<i>risperidone er inj 12.5mg</i>	4	
<i>risperidone er inj 25mg, 37.5mg, 50mg</i>	5	NEDS
<i>risperidone odt</i>	2	
<i>risperidone tabs</i>	1	
<i>risperidone soln</i>	2	
SECUADO	5	NEDS
<i>sertraline hcl conc</i>	2	
<i>sertraline hcl tabs 50mg</i>	1	
<i>sertraline hydrochloride tabs 100mg, 25mg</i>	1	
<i>thioridazine hcl tabs 100mg, 10mg, 25mg, 50mg</i>	1	
<i>thiothixene caps 10mg, 1mg, 2mg, 5mg</i>	3	
<i>tranylcypromine sulfate</i>	2	

ID de formulario: 24517, Versión: 20, Fecha efectiva: 12/01/2024

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>trazodone hydrochloride</i>	1	
<i>trifluoperazine hcl tabs 10mg, 2mg, 5mg</i>	2	
<i>trifluoperazine hydrochloride tabs 1mg</i>	2	
<i>trimipramine maleate caps</i>	2	
TRINTELLIX	4	
<i>venlafaxine besylate er</i>	2	
<i>venlafaxine hcl er tb24 37.5mg</i>	3	
<i>venlafaxine hydrochloride</i>	2	
<i>venlafaxine hydrochloride er cp24</i>	2	
<i>venlafaxine hydrochloride er tb24</i>	3	
VERSACLOZ	5	NEDS
VIIBRYD STARTER PACK	4	
<i>vilazodone hydrochloride</i>	3	
VRAYLAR CPPK	4	
VRAYLAR CAPS	5	NEDS
<i>ziprasidone hcl</i>	2	
<i>ziprasidone mesylate</i>	3	
ZURZUVAE CAPS 30MG	5	QL(14 EA por 14 días); PA NSO; NEDS
ZURZUVAE CAPS 20MG, 25MG	5	QL(28 EA por 14 días); PA NSO; NEDS
ZYPREXA RELPREVV INJ 210MG	3	
ZYPREXA RELPREVV INJ 300MG, 405MG	5	NEDS
Analgésicos y antipiréticos		
<i>acetaminophen/codeine tabs</i>	2	QL(240 EA por 30 días)
<i>acetaminophen/codeine soln</i>	2	QL(3600 ML por 30 días)
BELBUCA	4	QL(60 EA por 30 días)
<i>buprenorphine hcl/naloxone hcl subl 2mg; 0.5mg</i>	2	QL(360 EA por 30 días)
<i>buprenorphine hcl/naloxone hcl subl 8mg; 2mg</i>	2	QL(90 EA por 30 días)
<i>buprenorphine hcl subl 2mg</i>	2	QL(360 EA por 30 días)
<i>buprenorphine hcl subl 8mg</i>	2	QL(90 EA por 30 días)
<i>buprenorphine hydrochloride/naloxone hydrochloride film 4mg; 1mg</i>	2	QL(180 EA por 30 días)
<i>buprenorphine hydrochloride/naloxone hydrochloride film 2mg; 0.5mg</i>	2	QL(360 EA por 30 días)
<i>buprenorphine hydrochloride/naloxone hydrochloride film 12mg; 3mg, 8mg; 2mg</i>	2	QL(90 EA por 30 días)
<i>buprenorphine ptwk</i>	3	QL(4 EA por 28 días)
<i>butorphanol tartrate soln</i>	3	QL(7.5 ML por 30 días)
<i>celecoxib caps 100mg, 200mg, 50mg</i>	2	
<i>celecoxib caps 400mg</i>	3	
<i>codeine sulfate tabs</i>	3	QL(180 EA por 30 días)
<i>diclofenac epolamine</i>	3	QL(60 EA por 30 días); PA
<i>diclofenac potassium tabs 50mg</i>	3	

ID de formulario: 24517, Versión: 20, Fecha efectiva: 12/01/2024

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>diclofenac sodium dr</i>	2	
<i>diclofenac sodium er</i>	2	
<i>diclofenac sodium/misoprostol</i>	4	
<i>diflunisal tabs 500mg</i>	3	
<i>ec-naproxen tbec 500mg</i>	2	
<i>endocet tabs 325mg; 10mg, 325mg; 2.5mg, 325mg; 5mg, 325mg; 7.5mg</i>	3	QL(240 EA por 30 días)
<i>etodolac er</i>	3	
<i>etodolac tabs</i>	2	
<i>etodolac caps</i>	3	
<i>fentanyl citrate oral transmucosal lpop 200mcg</i>	4	QL(120 EA por 30 días); PA
<i>fentanyl citrate oral transmucosal lpop 1200mcg, 1600mcg, 400mcg, 600mcg, 800mcg</i>	5	QL(120 EA por 30 días); PA; NEDS
<i>fentanyl citrate tabs</i>	5	QL(120 EA por 30 días); PA; NEDS
<i>fentanyl pt72 100mcg/hr, 12mcg/hr, 25mcg/hr, 50mcg/hr, 75mcg/hr</i>	2	QL(10 EA por 30 días)
<i>flurbiprofen tabs 100mg</i>	2	
<i>hydrocodone bitartrate er t24a</i>	3	QL(60 EA por 30 días)
<i>hydrocodone bitartrate/acetaminophen soln 325mg/15ml; 7.5mg/15ml</i>	2	QL(3600 ML por 30 días)
<i>hydrocodone bitartrate/acetaminophen tabs 300mg; 10mg, 300mg; 5mg, 300mg; 7.5mg, 325mg; 10mg, 325mg; 5mg</i>	2	QL(240 EA por 30 días)
<i>hydrocodone/acetaminophen tabs 325mg; 7.5mg</i>	2	QL(240 EA por 30 días)
<i>hydrocodone/ibuprofen tabs 10mg; 200mg, 5mg; 200mg, 7.5mg; 200mg</i>	2	QL(240 EA por 30 días)
<i>hydromorphone hcl er tb24 12mg, 16mg, 8mg</i>	3	QL(30 EA por 30 días)
<i>hydromorphone hcl liqd</i>	2	QL(1350 ML por 30 días)
<i>hydromorphone hcl tabs 8mg</i>	2	QL(120 EA por 30 días)
<i>hydromorphone hcl tabs 2mg, 4mg</i>	2	QL(240 EA por 30 días)
<i>hydromorphone hydrochloride er tb24 32mg</i>	3	QL(30 EA por 30 días)
<i>ibu</i>	1	
<i>ibuprofen susp</i>	2	
<i>ibuprofen tabs 400mg, 600mg, 800mg</i>	1	
<i>indomethacin er</i>	3	
<i>indomethacin caps 25mg, 50mg</i>	1	
<i>ketoprofen er cp24 200mg</i>	4	
<i>ketoprofen caps 25mg, 50mg</i>	2	
LAZANDA SOLN 400MCG/ACT	5	QL(15 EA por 30 días); PA; NEDS
LAZANDA SOLN 100MCG/ACT	5	QL(30 EA por 30 días); PA; NEDS
<i>levorphanol tartrate tabs</i>	5	QL(240 EA por 30 días); NEDS

ID de formulario: 24517, Versión: 20, Fecha efectiva: 12/01/2024

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>meclofenamate sodium caps</i>	4	
<i>mefenamic acid caps</i>	4	
<i>meloxicam tabs</i>	1	
<i>meloxicam caps</i>	3	
<i>methadone hcl tabs</i>	2	QL(120 EA por 30 días)
<i>methadone hcl soln 5mg/5ml</i>	2	QL(1200 ML por 30 días)
<i>methadone hcl soln 10mg/5ml</i>	2	QL(600 ML por 30 días)
<i>morphine sulfate er cp24</i>	4	QL(60 EA por 30 días)
<i>morphine sulfate er tbcr 15mg</i>	2	QL(60 EA por 30 días)
<i>morphine sulfate er tbcr 100mg, 200mg, 30mg, 60mg</i>	3	QL(60 EA por 30 días)
<i>morphine sulfate tabs</i>	2	QL(180 EA por 30 días)
<i>morphine sulfate soln 100mg/5ml</i>	2	QL(180 ML por 30 días)
<i>morphine sulfate soln 10mg/5ml, 20mg/5ml</i>	2	QL(900 ML por 30 días)
<i>nabumetone tabs</i>	2	
<i>naproxen dr</i>	2	
<i>naproxen sodium cr tb24 375mg</i>	4	
<i>naproxen sodium er tb24 375mg, 750mg</i>	4	
<i>naproxen sodium er tb24 500mg</i>	5	NEDS
<i>naproxen sodium tabs 275mg, 550mg</i>	1	
<i>naproxen susp</i>	3	
<i>naproxen tabs 250mg, 375mg, 500mg</i>	1	
<i>naproxen tbec 500mg</i>	2	
<i>oxaprozin tabs</i>	4	
<i>oxycodone hcl er t12a</i>	3	QL(60 EA por 30 días)
<i>oxycodone hydrochloride er t12a 10mg, 20mg</i>	3	QL(60 EA por 30 días)
<i>oxycodone hydrochloride conc</i>	2	QL(120 ML por 30 días)
<i>oxycodone hydrochloride caps</i>	2	QL(240 EA por 30 días)
<i>oxycodone hydrochloride soln</i>	2	QL(2400 ML por 30 días)
<i>oxycodone hydrochloride tabs 20mg, 30mg</i>	2	QL(120 EA por 30 días)
<i>oxycodone hydrochloride tabs 10mg, 15mg</i>	2	QL(180 EA por 30 días)
<i>oxycodone hydrochloride tabs 5mg</i>	2	QL(240 EA por 30 días)
<i>oxycodone/acetaminophen tabs 325mg; 10mg, 325mg; 2.5mg, 325mg; 5mg, 325mg; 7.5mg</i>	2	QL(240 EA por 30 días)
OXYCONTIN T12A	3	QL(60 EA por 30 días)
<i>oxymorphone hydrochloride</i>	2	QL(180 EA por 30 días)
<i>oxymorphone hydrochloride er tb12 10mg, 15mg, 20mg, 30mg, 5mg, 7.5mg</i>	2	QL(60 EA por 30 días)
<i>oxymorphone hydrochlorideer</i>	2	QL(60 EA por 30 días)
<i>piroxicam caps</i>	3	
<i>pregabalin er</i>	3	
<i>salsalate tabs</i>	2	
SUBSYS	5	QL(120 EA por 30 días); PA; NEDS
<i>sulindac tabs</i>	2	
<i>tramadol hcl er cp24 100mg, 200mg, 300mg</i>	2	QL(30 EA por 30 días)

ID de formulario: 24517, Versión: 20, Fecha efectiva: 12/01/2024

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>tramadol hcl er tb24</i>	3	QL(30 EA por 30 días)
<i>tramadol hydrochloride er</i>	3	QL(30 EA por 30 días)
<i>tramadol hydrochloride/acetaminophen</i>	2	QL(240 EA por 30 días)
<i>tramadol hydrochloride tabs 50mg</i>	1	QL(240 EA por 30 días)
<i>tramadol hydrochloride tabs 100mg</i>	2	QL(120 EA por 30 días)
Ansiolíticos, sedantes e hipnóticos		
<i>alprazolam er</i>	2	
<i>alprazolam odt</i>	3	
<i>alprazolam tabs</i>	1	
BELSOMRA	3	
<i>bupirone hcl tabs 15mg</i>	1	
<i>bupirone hydrochloride tabs 10mg, 5mg</i>	1	
<i>bupirone hydrochloride tabs 30mg, 7.5mg</i>	3	
<i>clorazepate dipotassium tabs</i>	4	
DAYVIGO	4	
<i>diazepam intensol</i>	2	
<i>diazepam rectal gel</i>	2	
<i>diazepam soln, tabs</i>	2	
<i>estazolam</i>	2	
<i>eszopiclone</i>	3	
<i>flurazepam hcl</i>	2	
<i>flurazepam hydrochloride</i>	2	
HETLIOZ LQ	5	PA; NEDS
<i>hydroxyzine hcl inj 25mg/ml</i>	2	
<i>hydroxyzine hcl tabs 50mg</i>	2	
<i>hydroxyzine hydrochloride syrup</i>	2	
<i>hydroxyzine hydrochloride tabs 10mg, 25mg</i>	2	
<i>hydroxyzine pamoate caps</i>	2	
<i>lorazepam intensol</i>	2	
<i>lorazepam tabs</i>	1	
<i>oxazepam</i>	3	
<i>phenobarbital elix 20mg/5ml</i>	2	
<i>phenobarbital tabs 100mg, 15mg, 16.2mg, 30mg, 32.4mg, 60mg, 64.8mg, 97.2mg</i>	2	
<i>ramelteon</i>	3	QL(30 EA por 30 días)
<i>tasimelteon</i>	5	PA; NEDS
<i>temazepam</i>	2	
<i>triazolam</i>	2	
<i>zaleplon</i>	2	
<i>zolpidem tartrate er</i>	4	
<i>zolpidem tartrate tabs</i>	2	
<i>zolpidem tartrate subl</i>	3	
Anticonvulsivos		
APTIOM	4	
BRIVIACT SOLN, TABS	5	NEDS

ID de formulario: 24517, Versión: 20, Fecha efectiva: 12/01/2024

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>carbamazepine er</i>	3	
<i>carbamazepine chew 100mg</i>	2	
<i>carbamazepine tabs</i>	1	
<i>carbamazepine susp</i>	4	
CELONTIN CAPS 300MG	4	
<i>clobazam susp</i>	3	
<i>clobazam tabs</i>	3	QL(60 EA por 30 días)
<i>clonazepam odt</i>	3	
<i>clonazepam tabs</i>	1	
DIACOMIT	5	PA NSO; NEDS
DILANTIN INFATABS	3	
DILANTIN-125	3	
DILANTIN CAPS	3	
<i>divalproex sodium dr tbec</i>	2	
<i>divalproex sodium er</i>	3	
<i>divalproex sodium csdr</i>	2	
EPIDIOLEX	4	PA NSO
<i>epitol</i>	1	
EPRONTIA	4	
EQUETRO	4	
<i>ethosuximide soln</i>	2	
<i>ethosuximide caps</i>	3	
<i>felbamate susp</i>	2	
<i>felbamate tabs</i>	3	
FINTEPLA	5	PA NSO; NEDS
FYCOMPA	4	
<i>gabapentin caps</i>	1	
<i>gabapentin soln</i>	2	
<i>gabapentin tabs 600mg, 800mg</i>	1	
HORIZANT	4	
<i>lacosamide inj, oral soln</i>	4	
<i>lacosamide tabs 50mg</i>	3	QL(60 EA por 30 días)
<i>lacosamide tabs 100mg, 150mg, 200mg</i>	4	QL(60 EA por 30 días)
<i>lamotrigine er</i>	3	
<i>lamotrigine odt</i>	3	
<i>lamotrigine starter kit/blue</i>	2	
<i>lamotrigine starter kit/green</i>	2	
<i>lamotrigine starter kit/orange</i>	2	
<i>lamotrigine titration</i>	2	
<i>lamotrigine tabs</i>	1	
<i>lamotrigine chew</i>	3	
<i>levetiracetam er</i>	2	
<i>levetiracetam oral soln, tabs</i>	2	
<i>levetiracetam inj 500mg/5ml</i>	2	
LIBERVANT	4	QL(10 EA por 30 días)

ID de formulario: 24517, Versión: 20, Fecha efectiva: 12/01/2024

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>magnesium sulfate inj 50%</i>	2	
<i>methsuximide</i>	3	
NAYZILAM	4	QL(10 EA por 30 días); PA NSO
<i>oxcarbazepine tabs</i>	2	
<i>oxcarbazepine susp</i>	3	
<i>phenytek</i>	2	
<i>phenytoin sodium extended</i>	2	
<i>phenytoin chew, susp</i>	2	
<i>pregabalin caps, soln</i>	3	
<i>primidone tabs</i>	2	
<i>roweepra tabs 500mg</i>	2	
<i>rufinamide</i>	3	
SPRITAM	4	
<i>subvenite</i>	1	
<i>subvenite starter kit/blue</i>	2	
<i>subvenite starter kit/green</i>	2	
<i>subvenite starter kit/orange</i>	2	
SYMPAZAN	4	
<i>tiagabine hydrochloride</i>	4	
<i>topiramate er cs24</i>	2	
<i>topiramate tabs</i>	1	
<i>topiramate csp</i>	2	
<i>valproic acid caps, soln</i>	2	
VALTOCO 10 MG DOSE	4	QL(10 EA por 30 días); PA NSO
VALTOCO 15 MG DOSE	4	QL(10 EA por 30 días); PA NSO
VALTOCO 20 MG DOSE	4	QL(10 EA por 30 días); PA NSO
VALTOCO 5 MG DOSE	4	QL(10 EA por 30 días); PA NSO
<i>vigabatrin</i>	5	NEDS
<i>vigadrone</i>	5	NEDS
VIGAFYDE	5	PA NSO; NEDS
<i>vigpoder</i>	5	NEDS
XCOPRI TABS	5	NEDS
XCOPRI TBPK 0	4	
XCOPRI TBPK 0	5	NEDS
ZONISADE	4	
<i>zonisamide caps</i>	2	
ZTALMY	5	PA NSO; NEDS
<i>Inhibidores del transportador vesicular de monoaminas 2 (VMAT2)</i>		

ID de formulario: 24517, Versión: 20, Fecha efectiva: 12/01/2024

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
AUSTEDO	5	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
AUSTEDO XR PATIENT TITRATION KIT TEPK 0	5	QL(56 EA por 365 días); PA; NEDS
AUSTEDO XR PATIENT TITRATION KIT TEPK 0	5	QL(84 EA por 365 días); PA; NEDS
AUSTEDO XR TB24 6MG	5	QL(210 EA por 30 días); PA; NEDS
AUSTEDO XR TB24 18MG, 30MG, 36MG, 42MG, 48MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA; NEDS
AUSTEDO XR TB24 24MG	5	QL(60 EA por 30 días); PA; NEDS
AUSTEDO XR TB24 12MG	5	QL(90 EA por 30 días); PA; NEDS
INGREZZA	5	PA; NEDS
<i>tetrabenazine</i>	5	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
Agentes del tracto respiratorio		
<i>Agentes antifibróticos</i>		
ESBRIET CAPS	5	QL(270 EA por 30 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
ESBRIET TABS 267MG	5	QL(270 EA por 30 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
ESBRIET TABS 801MG	5	QL(90 EA por 30 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
OFEV	5	QL(60 EA por 30 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
<i>pirfenidone caps</i>	5	QL(270 EA por 30 días); PA; NEDS
<i>pirfenidone tabs 534mg</i>	5	QL(135 EA por 30 días); PA; NEDS
<i>pirfenidone tabs 267mg</i>	5	QL(270 EA por 30 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
<i>pirfenidone tabs 801mg</i>	5	QL(90 EA por 30 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
<i>Agentes antiinflamatorios</i>		
<i>cromolyn sodium conc 100mg/5ml</i>	4	
<i>cromolyn sodium nebu 20mg/2ml</i>	5	PA BvD; NEDS

ID de formulario: 24517, Versión: 20, Fecha efectiva: 12/01/2024

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
DUPIXENT INJ 100MG/0.67ML, 200MG/1.14ML	5	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
FASENRA PEN	5	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
FASENRA INJ 10MG/0.5ML	4	PA
FASENRA INJ 30MG/ML	5	PA; NEDS
<i>montelukast sodium tabs</i>	1	
<i>montelukast sodium chew, pack</i>	2	
NUCALA INJ 100MG, 40MG/0.4ML	5	PA; NEDS
NUCALA INJ 100MG/ML	5	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
<i>zafirlukast</i>	3	
<i>zileuton er</i>	5	NEDS
Agentes del tracto respiratorio, varios		
BRONCHITOL	5	NEDS
PROLASTIN-C	5	PA; NEDS
XOLAIR INJ 150MG/ML, 150MG, 300MG/2ML, 75MG/0.5ML	5	PA; NEDS
XOLAIR INJ 150MG/ML	5	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
Agentes mucolíticos		
PULMOZYME	5	PA BvD; NEDS; SP-Optum Specialty
Agentes vasodilatadores		
ADEMPAS	5	PA; NEDS
<i>ambrisentan</i>	5	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
<i>bosentan</i>	5	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
OPSUMIT	5	PA; NEDS
ORENITRAM TITRATION KIT MONTH 1	5	PA; NEDS
ORENITRAM TITRATION KIT MONTH 2	5	PA; NEDS
ORENITRAM TITRATION KIT MONTH 3	5	PA; NEDS
ORENITRAM TBCR 0.125MG, 0.25MG, 1MG, 2.5MG	4	PA
ORENITRAM TBCR 5MG	5	PA; NEDS
TRACLEER TBSO	5	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
UPTRAVI TITRATION PACK	5	PA; NEDS
UPTRAVI TABS	5	PA; NEDS
VENTAVIS	5	PA; NEDS
Antitusivos		
<i>benzonatate</i>	2	EC
<i>hydrocodone bitartrate/homatropine methylbromide tabs</i>	2	EC
<i>hydrocodone polistirex/chlorpheniramine polistirex</i>	2	EC
<i>promethazine vc/codeine</i>	2	EC

ID de formulario: 24517, Versión: 20, Fecha efectiva: 12/01/2024

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>promethazine/codeine soln</i>	2	EC
<i>promethazine/phenylephrine/codeine</i>	2	EC
<i>Inhibidores de la fosfodiesterasa tipo 4</i>		
<i>roflumilast</i>	3	
<i>Moduladores del regulador de la conductancia transmembrana de la fibrosis quística</i>		
KALYDECO TABS	5	QL(56 EA por 28 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
KALYDECO PACK 13.4MG, 5.8MG	5	QL(56 EA por 28 días); PA; NEDS
KALYDECO PACK 25MG, 50MG, 75MG	5	QL(56 EA por 28 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
ORKAMBI TABS	5	QL(112 EA por 28 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
ORKAMBI PACK 94MG; 75MG	5	QL(56 EA por 28 días); PA; NEDS
ORKAMBI PACK 125MG; 100MG, 188MG; 150MG	5	QL(56 EA por 28 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
SYMDEKO	5	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
TRIKAFTA THPK	5	QL(56 EA por 28 días); PA; NEDS
TRIKAFTA TBPk	5	QL(84 EA por 28 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
Agentes para la piel y las membranas mucosas		
<i>Estimulantes y proliferantes celulares</i>		
RETIN-A MICRO	4	PA
<i>tretinoin microsphere gel 0.08%</i>	3	PA
Agentes terapéuticos variados		
<i>Fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad</i>		
COSENTYX SENSOREADY PEN	5	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
COSENTYX UNOREADY	5	PA; NEDS
COSENTYX INJ 125MG/5ML	5	PA; NEDS
COSENTYX INJ 150MG/ML, 75MG/0.5ML	5	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
ENBREL MINI	5	QL(8 ML por 28 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty

ID de formulario: 24517, Versión: 20, Fecha efectiva: 12/01/2024

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
ENBREL SURECLICK	5	QL(8 ML por 28 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
ENBREL INJ 25MG	5	QL(8 EA por 28 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
ENBREL INJ 50MG/ML	5	QL(8 ML por 28 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
ENBREL INJ 25MG/0.5ML	5	QL(8.16 ML por 28 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
HUMIRA PEDIATRIC CROHNS DISEASE STARTER PACK INJ 0, 80MG/0.8ML	5	PA; NEDS; SP-Optum Specialty; AbbVie labeled products only.
HUMIRA PEN-CD/UC/HS STARTER	5	PA; NEDS; SP-Optum Specialty; AbbVie labeled products only.
HUMIRA PEN-PEDIATRIC UC STARTER PACK	5	PA; NEDS; SP-Optum Specialty; AbbVie labeled products only.
HUMIRA PEN-PS/UV STARTER	5	PA; NEDS; SP-Optum Specialty; AbbVie labeled products only.
HUMIRA PEN INJ 80MG/0.8ML	5	QL(4 EA por 28 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty; AbbVie labeled products only.
HUMIRA PEN INJ 40MG/0.4ML, 40MG/0.8ML	5	QL(6 EA por 28 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty; AbbVie labeled products only.
HUMIRA INJ 10MG/0.1ML, 20MG/0.2ML, 40MG/0.4ML, 40MG/0.8ML	5	QL(6 EA por 28 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty; AbbVie labeled products only.
KINERET	5	QL(20.1 ML por 28 días); PA; NEDS
<i>leflunomide tabs</i>	2	
ORENCIA CLICKJECT	5	QL(4 ML por 28 días); PA; NEDS
ORENCIA INJ 50MG/0.4ML	5	QL(1.6 ML por 28 días); PA; NEDS
ORENCIA INJ 87.5MG/0.7ML	5	QL(2.8 ML por 28 días); PA; NEDS

ID de formulario: 24517, Versión: 20, Fecha efectiva: 12/01/2024

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
ORENCIA INJ 125MG/ML	5	QL(4 ML por 28 días); PA; NEDS
OTEZLA TABS 30MG	5	QL(60 EA por 30 días); PA; NEDS
OTEZLA TBPk 0	5	QL(110 EA por 365 días); PA; NEDS
RASUVO INJ 10MG/0.2ML, 12.5MG/0.25ML, 15MG/0.3ML, 17.5MG/0.35ML, 20MG/0.4ML, 22.5MG/0.45ML, 25MG/0.5ML, 30MG/0.6ML, 7.5MG/0.15ML	4	
RINVOQ	5	QL(30 EA por 30 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
XELJANZ XR	5	QL(30 EA por 30 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
XELJANZ SOLN	5	QL(300 ML por 30 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
XELJANZ TABS	5	QL(60 EA por 30 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
Agentes terapéuticos varios		
<i>Agentes anabólicos óseos</i>		
EVENITY	5	PA; NEDS
<i>Agentes antigotosos</i>		
<i>allopurinol tabs 100mg, 300mg</i>	1	
<i>colchicine tabs</i>	2	
<i>colchicine caps</i>	3	
<i>febuxostat</i>	3	ST
GLOPERBA	4	
<i>Agentes cariostáticos</i>		
<i>sf 5000 plus</i>	2	
<i>sodium fluoride 5000 plus</i>	2	
<i>sodium fluoride 5000 ppm</i>	2	
<i>sodium fluoride crea</i>	2	
<i>Agentes inmunomoduladores</i>		
ACTIMMUNE	5	NEDS; SP-Optum Specialty
AUBAGIO	5	NEDS; SP-Optum Specialty
AVONEX PEN	5	NEDS; SP-Optum Specialty
AVONEX INJ 30MCG/0.5ML	5	NEDS; SP-Optum Specialty

ID de formulario: 24517, Versión: 20, Fecha efectiva: 12/01/2024

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
BAFIERTAM	5	NEDS; SP-Optum Specialty
BETASERON	5	NEDS; SP-Optum Specialty
COPAXONE	5	NEDS; SP-Optum Specialty
<i>dimethyl fumarate starterpack</i>	5	NEDS; SP-Optum Specialty
<i>dimethyl fumarate cpdr</i>	5	NEDS; SP-Optum Specialty
EXTAVIA	5	NEDS; SP-Optum Specialty
<i>fingolimod hydrochloride</i>	5	NEDS
KESIMPTA	5	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
MAYZENT	5	NEDS; SP-Optum Specialty
MAYZENT STARTER PACK TBPK 0.25MG	4	SP-Optum Specialty
MAYZENT STARTER PACK TBPK 0.25MG	5	NEDS; SP-Optum Specialty
PLEGRIDY	5	NEDS; SP-Optum Specialty
PLEGRIDY STARTER PACK	5	NEDS; SP-Optum Specialty
REBIF	5	NEDS; SP-Optum Specialty
REBIF REBIDOSE	5	NEDS; SP-Optum Specialty
REBIF REBIDOSE TITRATION PACK	5	NEDS; SP-Optum Specialty
REBIF TITRATION PACK	5	NEDS; SP-Optum Specialty
<i>teriflunomide</i>	4	
THALOMID	5	NEDS; SP-Optum Specialty
VUMERITY	5	NEDS; SP-Optum Specialty
ZEPOSIA	5	NEDS
ZEPOSIA 7-DAY STARTER PACK	5	NEDS
ZEPOSIA STARTER KIT	5	NEDS
Agentes inmunosupresores		
<i>azathioprine tabs 50mg</i>	2	PA BvD
<i>azathioprine tabs 100mg, 75mg</i>	3	PA BvD
BENLYSTA	5	PA; NEDS; SP-Optum Specialty

ID de formulario: 24517, Versión: 20, Fecha efectiva: 12/01/2024

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>cyclosporine modified soln</i>	2	PA BvD
<i>cyclosporine modified caps</i>	3	PA BvD
<i>cyclosporine caps 100mg, 25mg</i>	4	PA BvD
ENVARSUS XR	4	PA BvD
<i>everolimus tabs 0.25mg, 0.5mg, 0.75mg, 1mg</i>	5	QL(60 EA por 30 días); PA BvD; NEDS
GENGRAF SOLN	2	PA BvD
GENGRAF CAPS 100MG, 25MG	3	PA BvD
<i>mycophenolate mofetil caps, tabs</i>	2	PA BvD
<i>mycophenolate mofetil susr</i>	5	PA BvD; NEDS
<i>mycophenolic acid dr</i>	4	PA BvD
NULOJIX	5	NEDS
PROGRAF PACK	4	PA BvD
<i>sirolimus soln, tabs</i>	3	PA BvD
<i>tacrolimus caps 0.5mg, 1mg, 5mg</i>	2	PA BvD
Agentes protectores		
MESNEX TABS	5	NEDS
Antídotos		
<i>acetylcysteine soln</i>	2	PA BvD
<i>leucovorin calcium tabs</i>	2	
Inhibidores de la 5-alfa-reductasa		
<i>dutasteride/tamsulosin hydrochloride</i>	3	
<i>dutasteride caps</i>	2	
<i>finasteride tabs</i>	1	
Inhibidores de la anhidrasa carbónica		
<i>dichlorphenamide</i>	5	PA; NEDS
Inhibidores de la resorción ósea		
<i>alendronate sodium soln</i>	3	
<i>alendronate sodium tabs 10mg, 35mg, 70mg</i>	1	
<i>ibandronate sodium</i>	2	
PROLIA	4	PA
<i>risedronate sodium</i>	3	
<i>risedronate sodium dr</i>	3	
XGEVA	5	PA; NEDS
<i>zoledronic acid inj 4mg/100ml, 4mg/5ml, 5mg/100ml</i>	2	
Inhibidores del sistema calicreíno-cinínico		
BERINERT	5	PA; NEDS
CINRYZE	5	PA; NEDS
HAEGARDA	5	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
<i>icatibant acetate</i>	5	QL(18 ML por 30 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty

ID de formulario: 24517, Versión: 20, Fecha efectiva: 12/01/2024

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
SAJAZIR	5	QL(18 ML por 30 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
TAVNEOS	5	PA; NEDS
<i>Oligonucleótidos antisentido</i>		
TEGSEDI	5	QL(6 ML por 30 días); PA; NEDS
<i>Otros agentes terapéuticos varios</i>		
ARCALYST	5	PA; NEDS
<i>betaine anhydrous</i>	5	NEDS
CERDELGA	5	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
CYSTAGON	4	
<i>dalfampridine er</i>	3	SP-Optum Specialty
ELMIRON	4	
ENDARI	5	NEDS
EVRYSDI	5	PA; NEDS
FIRDAPSE	5	PA; NEDS
GALAFOLD	5	PA; NEDS
<i>l-glutamine</i>	5	NEDS
<i>levocarnitine tabs</i>	3	
<i>metirosine</i>	5	NEDS
<i>miglustat</i>	5	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
<i>nitisinone caps 20mg</i>	5	PA; NEDS
<i>nitisinone caps 10mg, 2mg, 5mg</i>	5	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
ORFADIN	5	PA; NEDS
REZUROCK	5	PA; NEDS
<i>sapropterin dihydrochloride</i>	5	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
THIOLA EC	5	NEDS
<i>tiopronin dr</i>	5	NEDS
TYBOST	3	
VIJOICE TBPk 125MG, 50MG	5	QL(28 EA por 28 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
VIJOICE TBPk 0	5	QL(56 EA por 28 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
VOXZOGO	5	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
VYNDAMAX	5	QL(30 EA por 30 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty

ID de formulario: 24517, Versión: 20, Fecha efectiva: 12/01/2024

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
VYNDAQEL	5	QL(120 EA por 30 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
<i>yargesa</i>	5	PA; NEDS
Anestésicos locales		
<i>Anestésicos locales</i>		
<i>lidocaine hcl inj 0.5%, 1.5%, 2%, 4%</i>	2	
<i>lidocaine hydrochloride inj 1%, 2%</i>	2	
Antagonistas de metales pesados		
<i>Antagonistas de metales pesados</i>		
CHEMET	4	
<i>deferasirox pack</i>	5	NEDS; SP-Optum Specialty
<i>deferasirox tabs 90mg</i>	3	SP-Optum Specialty
<i>deferasirox tabs 180mg, 360mg</i>	5	NEDS; SP-Optum Specialty
<i>deferasirox tbso 125mg</i>	3	SP-Optum Specialty
<i>deferasirox tbso 250mg, 500mg</i>	5	NEDS; SP-Optum Specialty
<i>deferiprone</i>	5	NEDS
<i>penicillamine tabs</i>	3	
<i>penicillamine caps</i>	5	NEDS
<i>trientine hydrochloride</i>	5	NEDS
Antihistamínicos		
<i>Antihistamínicos de primera generación</i>		
<i>cyproheptadine hcl syrup</i>	2	
<i>cyproheptadine hydrochloride tabs</i>	2	
<i>diphenhydramine hydrochloride inj</i>	2	
<i>promethazine hcl inj</i>	2	
<i>promethazine hcl tabs 12.5mg</i>	2	
<i>promethazine hydrochloride plain</i>	2	
<i>promethazine hydrochloride tabs 25mg, 50mg</i>	2	
<i>Antihistamínicos de segunda generación</i>		
<i>desloratadine</i>	2	
<i>desloratadine odt</i>	4	
<i>levocetirizine dihydrochloride tabs</i>	2	
Antitoxinas, inmunoglobulinas, toxoides y vacunas		
<i>Antitoxinas y inmunoglobulinas</i>		
BIVIGAM INJ 10%, 5GM/50ML	5	PA BvD; NEDS; HI
CUVITRU	5	PA BvD; NEDS
FLEBOGAMMA DIF	5	PA BvD; NEDS; HI
GAMMAGARD LIQUID	5	PA BvD; NEDS; HI
GAMMAKED INJ 10GM/100ML, 1GM/10ML, 20GM/200ML, 5GM/50ML	5	PA BvD; NEDS; HI

ID de formulario: 24517, Versión: 20, Fecha efectiva: 12/01/2024

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
GAMMAPLEX INJ 10GM/100ML, 10GM/200ML, 20GM/200ML, 20GM/400ML, 5GM/100ML, 5GM/50ML	5	PA BvD; NEDS; HI
GAMUNEX-C	5	PA BvD; NEDS; HI
HIZENTRA	5	PA BvD; NEDS
OCTAGAM	5	PA BvD; NEDS; HI
PANZYGA	5	PA BvD; NEDS; HI
PRIVIGEN	5	PA BvD; NEDS; HI
VARIZIG INJ 125UNIT/1.2ML	6	
Toxoides		
ADACEL	6	
BOOSTRIX	6	
DAPTACEL INJ 15LF/0.5ML; 23MCG/0.5ML; 5LF/0.5ML <i>diphtheria/tetanus toxoids adsorbed pediatric</i>	6	
INFANRIX	6	
KINRIX INJ 25LFU/0.5ML; 58MCG/0.5ML; 0; 10LFU/0.5ML	6	
QUADRACEL	6	
<i>tdvax</i>	6	
TENIVAC	6	
Vacunas		
ABRYSSVO	6	
ACTHIB	6	
AREXVY	6	
BCG VACCINE INJ 50MG	6	
BEXSERO	6	
DENGVAXIA	6	
ENGERIX-B	6	PA BvD
GARDASIL 9	6	
HAVRIX INJ 1440ELU/ML, 720ELU/0.5ML	6	
HEPLISAV-B	6	PA BvD
HIBERIX	6	
IMOVAX RABIES (H.D.C.V.)	6	
IPOL INACTIVATED IPV	6	
IXCHIQ	6	
IXIARO	6	
JYNNEOS	6	
M-M-R II	6	
MENACTRA	6	
MENQUADFI	6	
MENVEO	6	
MRESVIA	6	
PEDIARIX INJ 25LFU/0.5ML; 10MCG/0.5ML; 58MCG/0.5ML; 0; 10LFU/0.5ML	6	
PEDVAX HIB INJ 7.5MCG/0.5ML	6	
PENBRAYA	6	

ID de formulario: 24517, Versión: 20, Fecha efectiva: 12/01/2024

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
PENTACEL	6	
PREHEVBRIO	6	PA BvD
PRIORIX	6	
PROQUAD	6	
RABAVERT	6	
RECOMBIVAX HB	6	PA BvD
ROTARIX	6	
ROTATEQ SOLN	6	
SHINGRIX	6	
STAMARIL	6	
TICOVAC	6	
TRUMENBA	6	
TWINRIX	6	
TYPHIM VI	6	
VAQTA	6	
VARIVAX	6	
VAXCHORA	6	
YF-VAX	6	
Blood Formation, Coagulation & Thrombosis		
<i>Antihemorrhagic Agents</i>		
<i>aminocaproic acid</i>	2	
<i>tranexamic acid</i>	2	
<i>Antithrombotic Agents</i>		
<i>anagrelide hydrochloride</i>	2	
<i>aspirin/dipyridamole er</i>	3	
BRILINTA	3	
CABLIVI	5	NEDS
<i>cilostazol</i>	1	
<i>clopidogrel</i>	1	
<i>dabigatran etexilate</i>	3	
ELIQUIS	3	
ELIQUIS STARTER PACK	3	
<i>enoxaparin sodium</i>	3	
<i>fondaparinux sodium inj 2.5mg/0.5ml</i>	4	
<i>fondaparinux sodium inj 10mg/0.8ml, 5mg/0.4ml, 7.5mg/0.6ml</i>	5	NEDS
FRAGMIN INJ 10000UNIT/4ML, 2500UNIT/0.2ML, 5000UNIT/0.2ML	3	
FRAGMIN INJ 10000UNIT/ML, 12500UNIT/0.5ML, 15000UNIT/0.6ML, 18000UNIT/0.72ML, 7500UNIT/0.3ML, 95000UNIT/3.8ML	5	NEDS
<i>heparin sodium</i>	2	
<i>heparin sodium/d5w</i>	2	
<i>jantoven</i>	1	
<i>prasugrel hydrochloride</i>	3	
<i>warfarin sodium</i>	1	

ID de formulario: 24517, Versión: 20, Fecha efectiva: 12/01/2024

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
XARELTO	3	
XARELTO STARTER PACK	3	
<i>Blood Formation, Coagulation, and Thrombosis Agents Misc.</i>		
OXBRYTA	5	NEDS
PYRUKYND	5	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
PYRUKYND TAPER PACK	5	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
TAVALISSE	5	QL(60 EA por 30 días); NEDS
<i>Hematopoietic Agents</i>		
DOPTELET	5	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
MOZOBIL	5	NEDS
NEULASTA	5	NEDS; SP-Optum Specialty
NEULASTA ONPRO KIT	5	NEDS
<i>plerixafor</i>	5	NEDS
PROCRIT INJ 2000UNIT/ML, 3000UNIT/ML, 4000UNIT/ML	3	SP-Optum Specialty
PROCRIT INJ 10000UNIT/ML, 20000UNIT/ML, 40000UNIT/ML	5	NEDS; SP-Optum Specialty
PROMACTA	5	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
RETACRIT INJ 10000UNIT/ML, 20000UNIT/2ML, 20000UNIT/ML, 2000UNIT/ML, 3000UNIT/ML, 4000UNIT/ML	3	SP-Optum Specialty
RETACRIT INJ 40000UNIT/ML	5	NEDS; SP-Optum Specialty
UDENYCA ONBODY	5	NEDS
UDENYCA INJ 6MG/0.6ML	5	NEDS
UDENYCA INJ 6MG/0.6ML	5	NEDS; SP-Optum Specialty
ZARXIO	5	NEDS; SP-Optum Specialty
ZIEXTENZO	5	NEDS; SP-Optum Specialty
<i>Hemorrhologic Agents</i>		
<i>pentoxifylline er</i>	2	
Cardiovascular Drugs		
<i>Hypotensive Agents</i>		
<i>clonidine</i>	3	
<i>clonidine hydrochloride</i>	1	
<i>clonidine hydrochloride er</i>	3	
<i>hydralazine hcl</i>	1	

ID de formulario: 24517, Versión: 20, Fecha efectiva: 12/01/2024

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>hydralazine hydrochloride</i>	1	
<i>minoxidil</i>	1	
Central Nervous System Agents		
<i>Opiate Antagonists</i>		
<i>naloxone hcl</i>	2	
<i>naloxone hydrochloride inj</i>	2	
<i>naloxone hydrochloride liqd</i>	3	QL(4 EA por 30 días)
<i>naltrexone hcl</i>	2	
OPVEE	3	QL(4 EA por 30 días)
VIVITROL	5	NEDS
Componentes dorados		
<i>Componentes dorados</i>		
RIDAURA	5	NEDS
Enzimas		
<i>Enzimas</i>		
REVCOVI	5	NEDS
SUCRAID	5	NEDS
Equilibrio de agua, electrolítico y calórico		
<i>Agentes alcalinizantes</i>		
<i>potassium citrate er</i>	2	
<i>Agentes calóricos</i>		
AMINOSYN II INJ 107.6MEQ/L; 1490MG/100ML; 1527MG/100ML; 1050MG/100ML; 1107MG/100ML; 750MG/100ML; 450MG/100ML; 990MG/100ML; 1500MG/100ML; 1575MG/100ML; 258MG/100ML; 405MG/100ML; 447MG/100ML; 1083MG/100ML; 795MG/100ML; 50MEQ/L; 600MG/100ML; 300MG/100ML; 750MG/100ML	3	PA BvD
AMINOSYN-PF 7% INJ 32.5MEQ/L; 490MG/100ML; 861MG/100ML; 370MG/100ML; 576MG/100ML; 270MG/100ML; 220MG/100ML; 534MG/100ML; 831MG/100ML; 475MG/100ML; 125MG/100ML; 300MG/100ML; 570MG/100ML; 347MG/100ML; 50MG/100ML; 360MG/100ML; 125MG/100ML; 44MG/100ML; 452MG/100ML	3	PA BvD
CLINIMIX 4.25%/DEXTROSE 10%	3	PA BvD
CLINIMIX 4.25%/DEXTROSE 5%	3	PA BvD
CLINIMIX 5%/DEXTROSE 15%	3	PA BvD
CLINIMIX 5%/DEXTROSE 20%	3	PA BvD
CLINIMIX 6/5	3	PA BvD
CLINIMIX 8/10	3	PA BvD
CLINIMIX E 2.75%/DEXTROSE 5%	3	PA BvD
CLINIMIX E 4.25%/DEXTROSE 10%	3	PA BvD
CLINIMIX E 4.25%/DEXTROSE 5%	3	PA BvD
CLINIMIX E 5%/DEXTROSE 15%	3	PA BvD

ID de formulario: 24517, Versión: 20, Fecha efectiva: 12/01/2024

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
CLINIMIX E 5%/DEXTROSE 20%	3	PA BvD
CLINIMIX E 8/10	3	PA BvD
CLINISOL SF 15%	3	PA BvD
<i>dextrose 10%</i>	2	
<i>dextrose 5%</i>	2	
<i>dextrose 50%</i>	2	
<i>dextrose 70%</i>	2	
FREAMINE III INJ 89MEQ/L; 710MG/100ML; 950MG/100ML; 3MEQ/L; 24MG/100ML; 1400MG/100ML; 280MG/100ML; 690MG/100ML; 910MG/100ML; 730MG/100ML; 530MG/100ML; 560MG/100ML; 10MMOLE/L; 120MG/100ML; 1120MG/100ML; 590MG/100ML; 10MEQ/L; 400MG/100ML; 150MG/100ML; 660MG/100ML	3	PA BvD
HEPATAMINE INJ 62MEQ/L; 770MG/100ML; 600MG/100ML; 3MEQ/L; 20MG/100ML; 900MG/100ML; 240MG/100ML; 900MG/100ML; 1100MG/100ML; 610MG/100ML; 100MG/100ML; 100MG/100ML; 115MG/100ML; 800MG/100ML; 500MG/100ML; 450MG/100ML; 66MG/100ML; 840MG/100ML	3	PA BvD
INTRALIPID INJ 20GM/100ML, 30GM/100ML	3	PA BvD
NUTRILIPID	3	PA BvD
PLENAMINE	3	PA BvD
PREMASOL INJ 52MEQ/L; 1760MG/100ML; 880MG/100ML; 34MEQ/L; 1760MG/100ML; 372MG/100ML; 406MG/100ML; 526MG/100ML; 492MG/100ML; 492MG/100ML; 526MG/100ML; 356MG/100ML; 356MG/100ML; 390MG/100ML; 34MG/100ML; 152MG/100ML	3	PA BvD
PROSOL	3	PA BvD
TRAVASOL INJ 52MEQ/L; 1760MG/100ML; 880MG/100ML; 34MEQ/L; 1760MG/100ML; 372MG/100ML; 406MG/100ML; 526MG/100ML; 492MG/100ML; 492MG/100ML; 526MG/100ML; 356MG/100ML; 500MG/100ML; 356MG/100ML; 390MG/100ML; 34MG/100ML; 152MG/100ML	3	PA BvD
TROPHAMINE INJ 0.54GM/100ML; 1.2GM/100ML; 0.32GM/100ML; 0; 0; 0.5GM/100ML; 0.36GM/100ML; 0.48GM/100ML; 0.82GM/100ML; 1.4GM/100ML; 1.2GM/100ML; 0.34GM/100ML; 0.48GM/100ML; 0.68GM/100ML; 0.38GM/100ML; 5MEQ/L; 0.025GM/100ML; 0.42GM/100ML; 0.2GM/100ML; 0.24GM/100ML; 0.78GM/100ML	3	PA BvD
Agentes desionizantes		
AURYXIA	5	PA; NEDS

ID de formulario: 24517, Versión: 20, Fecha efectiva: 12/01/2024

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
LOKELMA	3	
<i>sevelamer carbonate tabs</i>	3	
<i>sevelamer carbonate pack</i>	4	
<i>sevelamer hydrochloride</i>	4	
<i>sodium polystyrene sulfonate powd</i>	2	
<i>sps</i>	2	
VELPHORO	5	NEDS
VELTASSA	3	
Agentes uricosúricos		
<i>probenecid/colchicine</i>	2	
<i>probenecid tabs</i>	2	
Desintoxicantes de amoníaco		
<i>carglumic acid</i>	5	PA; NEDS
<i>constulose</i>	2	
<i>enulose</i>	2	
<i>generlac</i>	2	
KRISTALOSE	3	
<i>lactulose pack</i>	3	
<i>lactulose soln 10gm/15ml</i>	2	
<i>sodium phenylbutyrate powd, tabs</i>	5	NEDS
Diuréticos		
<i>amiloride hcl</i>	2	
<i>amiloride/hydrochlorothiazide</i>	1	
<i>bumetanide</i>	2	
<i>chlorthalidone tabs 25mg, 50mg</i>	1	
<i>ethacrynic acid tabs</i>	4	
<i>furosemide oral soln, tabs</i>	1	
<i>furosemide inj</i>	2	
<i>hydrochlorothiazide caps, tabs</i>	1	
<i>indapamide</i>	1	
<i>metolazone</i>	2	
<i>torseamide tabs</i>	2	
<i>triamterene/hydrochlorothiazide caps 25mg; 37.5mg</i>	1	
<i>triamterene/hydrochlorothiazide tabs</i>	1	
Preparaciones de reemplazo		
<i>calcium acetate caps</i>	2	
<i>calcium acetate tabs 667mg</i>	2	
<i>dextrose 10%/sodium chloride 0.2%</i>	2	
<i>dextrose 10%/sodium chloride 0.45%</i>	2	
<i>dextrose 2.5%/sodium chloride 0.45%</i>	2	
<i>dextrose 5%/sodium chloride 0.2%</i>	2	
<i>dextrose 5%/sodium chloride 0.3%</i>	2	
<i>dextrose 5%/sodium chloride 0.33%</i>	2	
<i>dextrose 5%/sodium chloride 0.45%</i>	2	
<i>dextrose 5%/sodium chloride 0.9%</i>	2	

ID de formulario: 24517, Versión: 20, Fecha efectiva: 12/01/2024

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>dextrose/sodium chloride</i>	2	
<i>effer-k tbeF 25meq</i>	1	
<i>k-prime</i>	1	
<i>kcl 0.075%/d5w/nacl 0.45% inj 5%; 10meq/l; 0.45%</i>	2	
<i>kcl 0.15%/d5w/nacl 0.2%</i>	2	
<i>kcl 0.15%/d5w/nacl 0.45% inj 5%; 20meq/l; 0.45%</i>	2	
<i>kcl 0.15%/d5w/nacl 0.9% inj 5%; 20meq/l; 0.9%</i>	2	
<i>kcl 0.3%/d5w/nacl 0.45% inj 5%; 40meq/l; 0.45%</i>	2	
<i>kcl 0.3%/d5w/nacl 0.9% inj 5%; 40meq/l; 0.9%</i>	2	
<i>klor-con</i>	1	
<i>klor-con 10</i>	1	
<i>klor-con 8</i>	1	
<i>klor-con m10</i>	1	
<i>klor-con m15</i>	1	
<i>klor-con m20</i>	1	
<i>klor-con/ef</i>	1	
<i>lactated ringers inj 2.7meq/l; 109meq/l; 28meq/l; 4meq/l; 130meq/l</i>	2	
<i>potassium chloride er</i>	1	
<i>potassium chloride/dextrose/sodium chloride inj 5%; 10meq/l; 0.45%, 5%; 20meq/l; 0.225%, 5%; 20meq/l; 0.45%, 5%; 20meq/l; 0.9%, 5%; 30meq/l; 0.45%, 5%; 40meq/l; 0.45%, 5%; 40meq/l; 0.9%</i>	2	
<i>potassium chloride pack, oral soln</i>	1	
<i>potassium chloride inj 10meq/100ml, 10meq/50ml, 20meq/100ml, 20meq/50ml, 2meq/ml, 40meq/100ml</i>	2	
<i>sodium chloride 0.45%</i>	2	
<i>sodium chloride inj 0.9%, 2.5meq/ml, 3%, 4meq/ml, 5%</i>	2	
Soluciones para irrigación		
<i>acetic acid 0.25%</i>	2	
<i>sodium chloride 0.9%</i>	3	
<i>sterile water for irrigation</i>	2	
Hormonas y sustitutos sintéticos		
Adrenales		
BREO ELLIPTA	3	QL(180 EA por 90 días)
BREYNA	3	QL(30.9 GM por 90 días)
BREZTRI AEROSPHERE	3	QL(32.1 GM por 90 días)
<i>budesonide er</i>	5	NEDS
<i>budesonide/formoterol fumarate dihydrate</i>	3	QL(30.6 GM por 90 días)
<i>budesonide cpep 3mg</i>	3	
<i>budesonide susp 0.25mg/2ml, 0.5mg/2ml, 1mg/2ml</i>	2	PA BvD
DEPO-MEDROL	3	
<i>dexamethasone 10-day dose pack</i>	2	
<i>dexamethasone 13-day dose pack</i>	2	
<i>dexamethasone 6-day dose pack</i>	2	

ID de formulario: 24517, Versión: 20, Fecha efectiva: 12/01/2024

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>dexamethasone intensol</i>	2	
<i>dexamethasone sodium phosphate +rfid</i>	2	
<i>dexamethasone sodium phosphate inj 100mg/10ml, 10mg/ml, 120mg/30ml, 20mg/5ml, 4mg/ml</i>	2	
<i>dexamethasone elix, soln</i>	2	
<i>dexamethasone tabs 0.5mg, 0.75mg, 1.5mg, 1mg, 2mg, 4mg, 6mg</i>	1	
FLOVENT DISKUS AEPB 100MCG/BLIST, 50MCG/BLIST	4	QL(180 EA por 90 días); ST
FLOVENT DISKUS AEPB 250MCG/BLIST	4	QL(720 EA por 90 días); ST
<i>fludrocortisone acetate tabs</i>	2	
<i>fluticasone propionate diskus aepb 100mcg/act, 50mcg/act</i>	4	QL(180 EA por 90 días); ST
<i>fluticasone propionate diskus aepb 250mcg/act</i>	4	QL(720 EA por 90 días); ST
<i>fluticasone propionate hfa aero 44mcg/act</i>	4	QL(63.6 GM por 90 días); ST
<i>fluticasone propionate hfa aero 110mcg/act, 220mcg/act</i>	4	QL(72 GM por 90 días); ST
<i>hydrocortisone sodium succinate inj 100mg</i>	4	
<i>hydrocortisone tabs 10mg, 20mg, 5mg</i>	2	
INTRAROSA	4	
KENALOG-10	2	
MEDROL TABS 2MG	4	
<i>methylprednisolone acetate inj 40mg/ml, 50mg/ml, 80mg/ml</i>	2	
<i>methylprednisolone dose pack tbpk</i>	2	
<i>methylprednisolone tabs</i>	2	
MILLIPRED TABS	4	
<i>prednisolone sodium phosphate odt</i>	3	
<i>prednisolone sodium phosphate oral soln 10mg/5ml, 15mg/5ml, 20mg/5ml, 25mg/5ml, 5mg/5ml</i>	2	
<i>prednisolone soln, tabs</i>	2	
<i>prednisone soln, tbpk</i>	2	
<i>prednisone tabs 10mg, 1mg, 2.5mg, 20mg, 50mg, 5mg</i>	1	
QVAR REDHALER	3	QL(63.6 GM por 90 días)
SOLU-CORTEF INJ 100MG	4	
TRELEGY ELLIPTA	3	QL(180 EA por 90 días)
<i>triamcinolone acetonide inj 40mg/ml</i>	2	
Agentes antidiabéticos		
<i>acarbose tabs</i>	1	
BYDUREON BCISE	3	PA
BYETTA	4	PA
CYCLOSET	3	
FARXIGA	3	

ID de formulario: 24517, Versión: 20, Fecha efectiva: 12/01/2024

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>glimepiride tabs 1mg, 2mg, 4mg</i>	1	
<i>glipizide er</i>	1	
<i>glipizide/metformin hydrochloride</i>	1	
<i>glipizide tabs 10mg, 5mg</i>	1	
<i>glyburide micronized</i>	1	
<i>glyburide/metformin hydrochloride</i>	1	
<i>glyburide tabs 1.25mg, 2.5mg, 5mg</i>	1	
GLYXAMBI	3	
HUMALOG	3	
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN	3	
HUMALOG KWIKPEN	3	
HUMALOG MIX 50/50	3	
HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN	3	
HUMALOG MIX 75/25	3	
HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN	3	
HUMULIN 70/30	3	
HUMULIN 70/30 KWIKPEN	3	
HUMULIN N	3	
HUMULIN N KWIKPEN	3	
HUMULIN R	3	
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED)	3	
HUMULIN R U-500 KWIKPEN	3	
JANUMET	3	
JANUMET XR	3	
JANUVIA	3	
JARDIANCE	3	
JENTADUETO	3	
JENTADUETO XR	3	
KORLYM	5	QL(120 EA por 30 días); PA; NEDS
LANTUS	3	
LANTUS SOLOSTAR	3	
LEVEMIR	3	
LEVEMIR FLEXPEN	3	
LEVEMIR FLEXTOUCH	3	
<i>metformin hydrochloride er tb24 500mg, 750mg</i>	1	
<i>metformin hydrochloride soln</i>	1	
<i>metformin hydrochloride tabs 1000mg, 500mg, 850mg</i>	1	
<i>mifepristone</i>	5	QL(120 EA por 30 días); PA; NEDS
<i>miglitol</i>	1	
MOUNJARO	3	PA
<i>nateglinide</i>	1	
OZEMPIC	3	PA
<i>pioglitazone hcl-glimepiride</i>	1	

ID de formulario: 24517, Versión: 20, Fecha efectiva: 12/01/2024

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>pioglitazone hcl/metformin hcl</i>	1	
<i>pioglitazone hcl tabs 45mg</i>	1	
<i>pioglitazone hydrochloride tabs 15mg, 30mg</i>	1	
<i>repaglinide</i>	1	
RYBELSUS	3	PA
SYMLINPEN 120	3	
SYMLINPEN 60	3	
SYNJARDY	3	
SYNJARDY XR	3	
TOUJEO MAX SOLOSTAR	3	
TOUJEO SOLOSTAR	3	
TRADJENTA	3	
TRESIBA	3	
TRESIBA FLEXTOUCH	3	
TRULICITY	3	PA
VICTOZA	3	PA
XIGDUO XR	3	
Agentes antihipoglucémicos		
BAQSIMI ONE PACK	3	
BAQSIMI TWO PACK	3	
<i>diazoxide susp</i>	3	
GLUCAGEN HYPOKIT	3	
GLUCAGON EMERGENCY KIT	3	
GLUCAGON EMERGENCY KIT FOR LOW BLOOD SUGAR	3	
GVOKE HYPOPEN 1-PACK	3	
GVOKE HYPOPEN 2-PACK	3	
GVOKE KIT	3	
GVOKE PFS	3	
Agentes paratiroides y antiparatiroides		
<i>calcitonin salmon inj</i>	3	
<i>calcitonin-salmon</i>	2	
<i>cinacalcet hydrochloride tabs 30mg, 60mg</i>	4	
<i>cinacalcet hydrochloride tabs 90mg</i>	5	NEDS
FORTEO	5	PA; NEDS
NATPARA	5	QL(2 EA por 28 días); PA; NEDS
<i>teriparatide</i>	5	PA; NEDS
TYMLOS	5	PA; NEDS
Agentes tiroideos y antitiroideos		
ADTHYZA TABS 120MG, 15MG, 30MG, 60MG, 90MG	4	
ARMOUR THYROID	4	
<i>euthyrox tabs 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg, 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg</i>	1	
<i>levo-t</i>	1	

ID de formulario: 24517, Versión: 20, Fecha efectiva: 12/01/2024

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>levothyroxine sodium tabs</i>	1	
<i>levothyroxine sodium caps</i>	3	
<i>levoxyl tabs 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg, 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg</i>	2	
<i>liothyronine sodium tabs</i>	2	
<i>methimazole tabs 10mg, 5mg</i>	1	
NIVA THYROID TABS 15MG	4	
<i>niva thyroid tabs 120mg, 30mg, 60mg, 90mg</i>	4	
<i>np thyroid 120</i>	2	
<i>np thyroid 15</i>	2	
<i>np thyroid 30</i>	2	
<i>np thyroid 60</i>	2	
<i>np thyroid 90</i>	2	
<i>propylthiouracil tabs</i>	2	
SYNTHROID TABS	4	
THYQUIDITY	4	
THYROID TABS 120MG, 15MG, 30MG, 60MG, 90MG	4	
TIROSINT-SOL	4	
<i>unithroid</i>	1	
<i>Agonistas y antagonistas de la somatoliberina</i>		
EGRIFTA SV	5	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
GENOTROPIN	5	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
GENOTROPIN MINIQUICK INJ 0.2MG	3	PA; SP-Optum Specialty
GENOTROPIN MINIQUICK INJ 0.4MG, 0.6MG, 0.8MG, 1.2MG, 1.4MG, 1.6MG, 1.8MG, 1MG, 2MG	5	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
INCRELEX	5	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
NORDITROPIN FLEXPRO	5	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
NUTROPIN AQ NUSPIN 10	5	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
NUTROPIN AQ NUSPIN 20	5	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
NUTROPIN AQ NUSPIN 5	5	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
OMNITROPE INJ 5.8MG	5	PA; NEDS
OMNITROPE INJ 10MG/1.5ML, 5MG/1.5ML	5	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
SEROSTIM INJ 4MG, 5MG, 6MG	5	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
SOMAVERT	5	PA; NEDS; SP-Optum Specialty

ID de formulario: 24517, Versión: 20, Fecha efectiva: 12/01/2024

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
ZORBTIVE	5	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
Agonistas y antagonistas de la somatostatina		
<i>lanreotide acetate</i>	5	NEDS
<i>octreotide acetate inj 100mcg/ml, 50mcg/ml</i>	2	
<i>octreotide acetate inj 1000mcg/ml, 100mcg/ml, 200mcg/ml, 500mcg/ml, 50mcg/ml</i>	2	SP-Optum Specialty
SIGNIFOR	5	QL(60 ML por 30 días); PA; NEDS
SOMATULINE DEPOT	5	NEDS
Andrógenos		
AVEED	4	
<i>danazol caps</i>	4	
<i>testosterone cypionate inj 100mg/ml, 200mg/ml</i>	2	
<i>testosterone enanthate inj</i>	2	
<i>testosterone pump</i>	3	
<i>testosterone gel 10mg/act, 20.25mg/1.25gm, 25mg/2.5gm, 40.5mg/2.5gm, 50mg/5gm</i>	3	
<i>testosterone soln</i>	4	
XYOSTED	4	
Anticonceptivos		
<i>amethia</i>	2	
<i>apri</i>	2	
<i>ashlyna</i>	2	
<i>aviane</i>	2	
<i>azurette</i>	2	
<i>balziva</i>	2	
<i>briellyn</i>	2	
<i>camila</i>	2	
<i>deblitane</i>	2	
<i>desogestrel/ethinyl estradiol tabs 0; 0</i>	2	
<i>drospirenone/ethinyl estradiol tabs 3mg; 0.03mg</i>	2	
<i>eluryng</i>	3	
<i>enilloring</i>	3	
<i>errin</i>	2	
<i>etonogestrel/ethinyl estradiol</i>	3	
<i>falmina</i>	2	
<i>finzala</i>	2	
<i>haloette</i>	3	
<i>heather</i>	2	
<i>iclevia</i>	2	
<i>introvale</i>	2	
<i>joyeaux</i>	2	
<i>junel 1.5/30</i>	2	
<i>junel 1/20</i>	2	

ID de formulario: 24517, Versión: 20, Fecha efectiva: 12/01/2024

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>junel fe 1.5/30</i>	2	
<i>junel fe 1/20</i>	2	
<i>junel fe 24</i>	2	
<i>kariva</i>	2	
<i>kelnor 1/35</i>	2	
<i>larin 1.5/30</i>	2	
<i>larin 1/20</i>	2	
<i>larin fe 1.5/30</i>	2	
<i>larin fe 1/20</i>	2	
<i>lessina</i>	2	
<i>levonest</i>	2	
<i>levonorgestrel and ethinyl estradiol tabs 20mcg; 90mcg</i>	2	
<i>levonorgestrel/ethinyl estradiol</i>	2	
<i>levora 0.15/30-28</i>	2	
LO LOESTRIN FE	4	
<i>marlissa</i>	2	
<i>mibelas 24 fe</i>	2	
<i>microgestin 1.5/30</i>	2	
<i>microgestin 1/20</i>	2	
<i>microgestin fe 1.5/30</i>	2	
<i>microgestin fe 1/20</i>	2	
<i>necon 0.5/35-28</i>	2	
<i>nikki</i>	2	
<i>norelgestromin/ethinyl estradiol</i>	2	
<i>norethindrone & ethinyl estradiol ferrous fumarate</i>	2	
<i>norethindrone acetate/ethinyl estradiol/ferrous fumarate tabs 0; 75mg; 1mg</i>	2	
<i>nortrel 0.5/35 (28)</i>	2	
<i>nortrel 1/35</i>	2	
<i>nortrel 7/7/7</i>	2	
<i>portia-28</i>	2	
<i>sharobel</i>	2	
<i>tarina fe 1/20 eq</i>	2	
<i>taysofy</i>	2	
<i>tri-sprintec</i>	2	
<i>trivora-28</i>	2	
<i>turqoz</i>	2	
<i>tyblume</i>	2	
<i>velivet</i>	2	
<i>vyfemla</i>	2	
<i>xulane</i>	2	
<i>zafemy</i>	2	
<i>zovia 1/35</i>	2	
Gonadotropinas y antigonadotropinas		
ELIGARD	3	

ID de formulario: 24517, Versión: 20, Fecha efectiva: 12/01/2024

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
FIRMAGON INJ 80MG	3	
FIRMAGON INJ 120MG/VIAL	5	NEDS
<i>leuprolide acetate inj 1mg/0.2ml</i>	2	SP-Optum Specialty
LUPRON DEPOT (1-MONTH)	5	NEDS
LUPRON DEPOT (3-MONTH)	5	NEDS
LUPRON DEPOT (4-MONTH)	5	NEDS
LUPRON DEPOT (6-MONTH)	5	NEDS
MYFEMBREE	5	QL(28 EA por 28 días); PA; NEDS
ORGOVYX	5	PA NSO; NEDS
ORILISSA TABS 150MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA; NEDS
ORILISSA TABS 200MG	5	QL(60 EA por 30 días); PA; NEDS
SYNAREL	5	NEDS
TRELSTAR MIXJECT INJ 22.5MG, 3.75MG	4	
TRELSTAR MIXJECT INJ 11.25MG	4	NEDS
Pituitaria		
CORTROPHIN	5	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
<i>desmopressin acetate tabs</i>	2	
<i>desmopressin acetate soln 0.01%</i>	2	
Progestinas		
DEPO-SUBQ PROVERA 104	3	
<i>gallifrey</i>	2	
<i>medroxyprogesterone acetate inj, tabs</i>	1	
<i>megestrol acetate tabs</i>	1	
<i>megestrol acetate susp 40mg/ml</i>	2	
<i>megestrol acetate susp 625mg/5ml</i>	4	
<i>norethindrone acetate tabs</i>	2	
<i>progesterone caps</i>	2	
Hormones and Synthetic Substitutes		
Estrogens and Antiestrogens		
<i>amabelz</i>	2	
<i>anastrozole</i>	1	
COMBIPATCH	4	
DEPO-ESTRADIOL	3	
<i>dotti</i>	3	
ELESTRIN	4	
<i>estradiol valerate</i>	2	
<i>estradiol/norethindrone acetate</i>	2	
<i>estradiol oral tabs</i>	1	
<i>estradiol crea, gel, pttw, ptwk, vaginal tabs</i>	3	
ESTRING	3	
EVAMIST	4	

ID de formulario: 24517, Versión: 20, Fecha efectiva: 12/01/2024

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>exemestane</i>	3	
FEMRING	3	
<i>fyavolv</i>	3	
IMVEXXY MAINTENANCE PACK	3	
IMVEXXY STARTER PACK	3	
<i>jinteli</i>	2	
KISQALI FEMARA 200 DOSE	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
KISQALI FEMARA 400 DOSE	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
KISQALI FEMARA 600 DOSE	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
<i>letrozole</i>	1	
MENEST	4	
MENOSTAR	4	
<i>mimvey</i>	2	
<i>norethindrone acetate/ethinyl estradiol</i>	2	
OSPHENA	4	
PREMARIN CREA	3	
PREMARIN TABS	4	
PREMPHASE	4	
PREMPRO	4	
<i>raloxifene hydrochloride</i>	2	
SOLTAMOX	3	
<i>tamoxifen citrate</i>	2	
<i>toremifene citrate</i>	3	
<i>yuvafem</i>	3	
Inmunomoduladores		
<i>Medicamentos antirreumáticos modificadores de la enfermedad</i>		
OTEZLA TABS 20MG	5	QL(60 EA por 30 días); PA; NEDS
OTEZLA TBPK 0	5	QL(110 EA por 365 días); PA; NEDS
RINVOQ LQ	5	QL(360 ML por 30 días); PA; NEDS
Medicamentos autónomos		
<i>Agentes anticolinérgicos</i>		
ANORO ELLIPTA	3	QL(180 EA por 90 días)
ATROVENT HFA	3	QL(77.4 GM por 90 días)
BEVESPI AEROSPHERE	3	QL(10.7 GM por 30 días)
<i>dicyclomine hcl soln</i>	1	
<i>dicyclomine hydrochloride caps</i>	1	
<i>dicyclomine hydrochloride tabs</i>	2	
<i>glycopyrrolate soln</i>	3	
<i>glycopyrrolate tabs 1mg, 2mg</i>	2	

ID de formulario: 24517, Versión: 20, Fecha efectiva: 12/01/2024

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
INCRUSE ELLIPTA	3	QL(30 EA por 30 días)
<i>ipratropium bromide inhalation soln</i>	2	PA BvD
<i>ipratropium bromide nasal soln 0.03%</i>	2	QL(180 ML por 90 días)
<i>ipratropium bromide nasal soln 0.06%</i>	2	QL(90 ML por 90 días)
LONHALA MAGNAIR REFILL KIT	5	NEDS
LONHALA MAGNAIR STARTER KIT	5	NEDS
SPIRIVA RESPIMAT	3	QL(12 GM por 90 días)
STIOLTO RESPIMAT	3	QL(12 GM por 90 días)
YUPELRI	5	PA BvD; NEDS
Agentes parasimpaticomiméticos (colinérgicos)		
<i>bethanechol chloride tabs</i>	3	
<i>cevimeline hydrochloride</i>	3	
<i>donepezil hcl tbdp</i>	2	
<i>donepezil hcl tabs 10mg</i>	1	
<i>donepezil hcl tabs 23mg</i>	3	
<i>donepezil hydrochloride tabs 5mg</i>	1	
<i>galantamine hydrobromide er</i>	2	
<i>galantamine hydrobromide tabs</i>	2	
<i>galantamine hydrobromide soln</i>	3	
<i>pilocarpine hydrochloride</i>	2	
<i>pyridostigmine bromide er</i>	4	
<i>pyridostigmine bromide tabs</i>	2	
<i>pyridostigmine bromide soln</i>	3	
<i>rivastigmine tartrate</i>	2	
<i>rivastigmine transdermal system</i>	3	
Agentes simpaticolíticos (bloqueo adrenérgico)		
<i>alfuzosin hcl er</i>	2	
<i>dihydroergotamine mesylate soln</i>	5	QL(8 ML por 30 días); NEDS
<i>ergoloid mesylates tabs</i>	2	
<i>phenoxybenzamine hydrochloride</i>	3	
<i>silodosin</i>	3	
<i>tamsulosin hydrochloride</i>	2	
Agentes simpaticomiméticos (adrenérgicos)		
<i>albuterol sulfate hfa aers 108mcg/act</i>	1	QL(108 GM por 90 días)
<i>albuterol sulfate hfa aers 108mcg/act</i>	1	QL(40.2 GM por 90 días)
<i>albuterol sulfate hfa aers 108mcg/act</i>	1	QL(51 GM por 90 días)
<i>albuterol sulfate syrpf</i>	1	
<i>albuterol sulfate nebu</i>	2	PA BvD
<i>albuterol sulfate tabs</i>	3	
<i>arformoterol tartrate</i>	3	PA BvD
COMBIVENT RESPIMAT	3	QL(24 GM por 90 días)
<i>droxidopa</i>	5	PA; NEDS
<i>epinephrine inj 0.15mg/0.15ml, 0.15mg/0.3ml, 0.3mg/0.3ml</i>	2	QL(2 EA por 1 días)
<i>fluticasone propionate/salmeterol diskus</i>	3	QL(180 EA por 90 días)

ID de formulario: 24517, Versión: 20, Fecha efectiva: 12/01/2024

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>fluticasone propionate/salmeterol aepb 113mcg/act; 14mcg/act, 232mcg/act; 14mcg/act, 55mcg/act; 14mcg/act</i>	2	QL(3 EA por 90 días)
<i>fluticasone propionate/salmeterol aepb 500mcg/act; 50mcg/act</i>	3	QL(180 EA por 90 días)
<i>formoterol fumarate nebu</i>	3	PA BvD
<i>ipratropium bromide/albuterol sulfate</i>	2	PA BvD
<i>levalbuterol hcl nebu</i>	2	PA BvD
<i>levalbuterol hydrochloride nebu 0.63mg/3ml</i>	2	PA BvD
<i>levalbuterol tartrate hfa</i>	3	QL(90 GM por 90 días)
<i>levalbuterol nebu</i>	2	PA BvD
<i>midodrine hcl</i>	2	
PROAIR RESPICLICK	3	QL(6 EA por 90 días)
SEREVENT DISKUS	3	QL(180 EA por 90 días)
STRIVERDI RESPIMAT	3	QL(12 GM por 90 días)
<i>terbutaline sulfate tabs</i>	2	
<i>wixela inhub</i>	3	QL(180 EA por 90 días)
Medicamentos autónomos, varios		
NICOTROL INHALER	3	
NICOTROL NS	4	
<i>varenicline starting month</i>	3	QL(53 EA por 28 días)
<i>varenicline tartrate tabs 0.5mg, 1mg</i>	3	QL(60 EA por 30 días)
Medicamentos para dejar de fumar		
<i>varenicline tartrate tabs 1mg</i>	3	QL(60 EA por 30 días)
Relajantes musculares esqueléticos		
<i>baclofen tabs 10mg, 20mg, 5mg</i>	1	
<i>cyclobenzaprine hydrochloride tabs</i>	3	
<i>dantrolene sodium caps</i>	2	
<i>tizanidine hcl caps 4mg</i>	3	
<i>tizanidine hcl tabs 2mg</i>	2	
<i>tizanidine hydrochloride caps 2mg, 6mg</i>	3	
<i>tizanidine hydrochloride tabs 4mg</i>	2	
Medicamentos cardiovasculares		
Agentes antilipémicos		
<i>atorvastatin calcium tabs</i>	1	
<i>cholestyramine light</i>	3	
<i>cholestyramine pack, powd</i>	3	
<i>colesevelam hydrochloride tabs</i>	3	
<i>colesevelam hydrochloride pack</i>	4	
<i>colestipol hcl gran, pack</i>	2	
<i>colestipol hcl tabs</i>	3	
<i>ezetimibe</i>	2	
<i>ezetimibe/simvastatin</i>	1	
<i>fenofibrate micronized caps 134mg, 200mg, 67mg</i>	2	
<i>fenofibrate caps 130mg, 150mg, 43mg, 50mg</i>	2	
<i>fenofibrate tabs 145mg, 160mg, 48mg, 54mg</i>	2	

ID de formulario: 24517, Versión: 20, Fecha efectiva: 12/01/2024

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>fenofibrate tabs 120mg, 40mg</i>	3	
<i>fenofibric acid dr</i>	3	
FLOLIPID	3	
<i>fluvastatin</i>	1	
<i>fluvastatin sodium er</i>	1	
<i>gemfibrozil tabs</i>	1	
<i>icosapent ethyl</i>	4	
JUXTAPID CAPS 10MG, 20MG, 30MG, 5MG	5	PA; NEDS
LIVALO	3	
<i>lovastatin tabs</i>	1	
NEXLETOL	3	PA
NEXLIZET	3	PA
<i>niacin er</i>	3	
<i>omega-3-acid ethyl esters</i>	2	
<i>pitavastatin calcium</i>	1	
PRALUENT	3	PA
<i>pravastatin sodium</i>	1	
<i>prevalite</i>	3	
REPATHA	3	PA
REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM	3	PA
REPATHA SURECLICK	3	PA
<i>rosuvastatin calcium tabs</i>	1	
<i>simvastatin tabs</i>	1	
VASCEPA	4	
Agentes bloqueantes alfa adrenérgicos		
CARDURA XL	4	
<i>doxazosin mesylate</i>	1	
<i>prazosin hydrochloride</i>	2	
<i>terazosin hcl</i>	2	
<i>terazosin hydrochloride caps 2mg</i>	2	
Agentes bloqueantes de los canales del calcio		
<i>amlodipine besylate/atorvastatin calcium</i>	1	
<i>amlodipine besylate/benazepril hydrochloride</i>	1	
<i>amlodipine besylate/valsartan</i>	1	
<i>amlodipine besylate tabs</i>	1	
<i>amlodipine/olmesartan medoxomil</i>	1	
<i>amlodipine/valsartan/hydrochlorothiazide tabs 10mg; 12.5mg; 160mg, 10mg; 25mg; 160mg, 5mg; 12.5mg; 160mg, 5mg; 25mg; 160mg</i>	1	
<i>cartia xt</i>	2	
<i>dilt-xr</i>	2	
<i>diltiazem hcl cd</i>	2	
<i>diltiazem hcl er cp24 120mg, 180mg, 240mg, 420mg</i>	2	
<i>diltiazem hcl er cp12, tb24</i>	2	
<i>diltiazem hcl tabs 30mg, 60mg, 90mg</i>	1	

ID de formulario: 24517, Versión: 20, Fecha efectiva: 12/01/2024

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>diltiazem hydrochloride er</i>	2	
<i>diltiazem hydrochloride tabs</i>	1	
<i>felodipine er</i>	2	
<i>isradipine</i>	4	
<i>matzim la</i>	2	
<i>nicardipine hcl caps</i>	4	
<i>nifedipine er</i>	2	
<i>nifedipine caps</i>	2	
<i>nimodipine caps</i>	4	
<i>nisoldipine er</i>	4	
NYMALIZE SOLN 6MG/ML	5	NEDS
<i>olmesartan medoxomil/amlodipine/hydrochlorothiazide</i>	1	
<i>taztia xt</i>	2	
<i>telmisartan/amlodipine</i>	1	
<i>tiadyt er</i>	2	
<i>trandolapril/verapamil hcl er</i>	1	
<i>verapamil hcl er cp24 100mg, 300mg</i>	3	
<i>verapamil hcl er tbcr 120mg, 240mg</i>	1	
<i>verapamil hcl sr cp24</i>	3	
<i>verapamil hcl tabs 40mg, 80mg</i>	1	
<i>verapamil hydrochloride er tbcr</i>	1	
<i>verapamil hydrochloride er cp24</i>	3	
<i>verapamil hydrochloride tabs</i>	1	
Bloqueantes betaadrenérgicos		
<i>acebutolol hydrochloride</i>	2	
<i>atenolol</i>	1	
<i>atenolol/chlorthalidone</i>	1	
<i>betaxolol hcl tabs 10mg, 20mg</i>	2	
<i>bisoprolol fumarate</i>	2	
<i>bisoprolol fumarate/hydrochlorothiazide</i>	1	
<i>carvedilol</i>	1	
<i>carvedilol phosphate er</i>	4	
<i>labetalol hydrochloride tabs</i>	2	
<i>metoprolol succinate er</i>	2	
<i>metoprolol tartrate tabs 100mg, 25mg, 50mg</i>	1	
<i>metoprolol tartrate tabs 37.5mg, 75mg</i>	3	
<i>metoprolol/hydrochlorothiazide</i>	2	
<i>nadolol tabs</i>	2	
<i>nebivolol hydrochloride</i>	3	
<i>pindolol</i>	3	
<i>propranolol hcl er</i>	3	
<i>propranolol hcl tabs</i>	1	
<i>propranolol hcl soln</i>	2	
<i>propranolol hydrochloride er</i>	3	
<i>propranolol hydrochloride tabs 10mg, 20mg, 60mg, 80mg</i>	1	

ID de formulario: 24517, Versión: 20, Fecha efectiva: 12/01/2024

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>sorine</i>	2	
<i>sotalol hcl</i>	1	
<i>sotalol hydrochloride (af)</i>	1	
<i>timolol maleate tabs 10mg, 20mg, 5mg</i>	2	
<i>Inhibidor del sistema renina-angiotensina-aldosterona</i>		
<i>aliskiren</i>	1	
<i>benazepril hcl tabs 10mg, 40mg, 5mg</i>	1	
<i>benazepril hydrochloride/hydrochlorothiazide</i>	1	
<i>benazepril hydrochloride tabs 20mg</i>	1	
<i>candesartan cilexetil</i>	1	
<i>candesartan cilexetil/hydrochlorothiazide</i>	1	
<i>captopril tabs</i>	1	
<i>enalapril maleate/hydrochlorothiazide</i>	1	
<i>enalapril maleate tabs</i>	1	
ENTRESTO	3	
<i>eplerenone</i>	2	
<i>fosinopril sodium</i>	1	
<i>fosinopril sodium/hydrochlorothiazide</i>	1	
<i>irbesartan</i>	1	
<i>irbesartan/hydrochlorothiazide</i>	1	
KERENDIA	4	PA
<i>lisinopril/hydrochlorothiazide</i>	1	
<i>lisinopril tabs</i>	1	
<i>losartan potassium/hydrochlorothiazide</i>	1	
<i>losartan potassium tabs</i>	1	
<i>moexipril hcl</i>	1	
<i>olmesartan medoxomil/hydrochlorothiazide</i>	1	
<i>olmesartan medoxomil tabs</i>	1	
<i>perindopril erbumine</i>	1	
<i>quinapril hydrochloride</i>	1	
<i>quinapril/hydrochlorothiazide</i>	1	
<i>ramipril</i>	1	
<i>spironolactone/hydrochlorothiazide</i>	2	
<i>spironolactone tabs</i>	1	
TEKTRNA HCT	3	
<i>telmisartan</i>	1	
<i>telmisartan/hydrochlorothiazide</i>	1	
<i>trandolapril</i>	1	
<i>valsartan/hydrochlorothiazide</i>	1	
<i>valsartan tabs</i>	1	
<i>Medicamentos cardíacos</i>		
<i>amiodarone hydrochloride tabs 200mg</i>	2	
<i>amiodarone hydrochloride tabs 100mg, 400mg</i>	3	
CAMZYOS	5	QL(30 EA por 30 días); PA; NEDS

ID de formulario: 24517, Versión: 20, Fecha efectiva: 12/01/2024

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
CORLANOR	4	
<i>digitek tabs 0.125mg, 0.25mg</i>	1	
<i>digox</i>	1	
<i>digoxin oral soln</i>	1	
<i>digoxin inj 0.25mg/ml</i>	1	
<i>digoxin tabs 125mcg, 250mcg</i>	1	
<i>digoxin tabs 62.5mcg</i>	4	
<i>disopyramide phosphate</i>	4	
<i>dofetilide</i>	4	
<i>flecainide acetate</i>	2	
<i>ivabradine hydrochloride</i>	4	
<i>mexiletine hcl</i>	2	
MULTAQ	3	
NORPACE CR	4	
<i>propafenone hcl</i>	2	
<i>propafenone hydrochloride er</i>	4	
<i>propafenone hydrochloride tabs 300mg</i>	2	
<i>quinidine gluconate cr</i>	3	
<i>quinidine sulfate tabs</i>	2	
<i>ranolazine er</i>	3	
Vasodilatadores		
<i>alyq</i>	5	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
<i>dipyridamole tabs</i>	3	
<i>isosorbide dinitrate</i>	2	
<i>isosorbide dinitrate/hydralazine hydrochloride</i>	3	
<i>isosorbide mononitrate</i>	2	
<i>isosorbide mononitrate er</i>	2	
NITRO-BID	4	
<i>nitroglycerin transdermal</i>	2	
<i>nitroglycerin soln 0.4mg/spray</i>	3	
<i>nitroglycerin subl 0.3mg, 0.4mg, 0.6mg</i>	2	
<i>sildenafil citrate tabs 100mg, 25mg, 50mg</i>	2	QL(4 EA por 30 días); EC
<i>sildenafil citrate tabs 20mg</i>	3	PA; SP-Optum Specialty
<i>tadalafil tabs 10mg, 20mg</i>	2	QL(4 EA por 30 días); EC
<i>tadalafil tabs 2.5mg, 5mg</i>	3	QL(30 EA por 30 días); PA
<i>tadalafil tabs 20mg</i>	5	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
<i>varденаfil hydrochloride</i>	2	QL(4 EA por 30 días); EC
<i>varденаfil hydrochloride odt</i>	2	QL(4 EA por 30 días); EC
VERQUVO	4	
Medicamentos gastrointestinales		
Agentes antidiarreicos		
<i>loperamide hcl caps</i>	2	

ID de formulario: 24517, Versión: 20, Fecha efectiva: 12/01/2024

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>opium</i>	2	
<i>opium tincture tinc 1%</i>	2	
XERMELO	5	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
Agentes antiinflamatorios		
<i>alosetron hydrochloride</i>	5	NEDS
<i>balsalazide disodium</i>	3	
<i>mesalamine dr</i>	4	
<i>mesalamine er</i>	4	
<i>mesalamine enem, kit, supp</i>	4	
Agentes antiulcerosos y supresores de ácido		
<i>bismuth subcitrate pot/metronidazole/tetracycline hydrochlo</i>	2	
<i>cimetidine tabs</i>	3	
DEXLANSOPRAZOLE	3	
<i>esomeprazole magnesium cpdr</i>	3	
<i>esomeprazole magnesium pack</i>	4	
<i>famotidine susr</i>	4	
<i>famotidine tabs 20mg, 40mg</i>	1	
<i>lansoprazole/amoxicillin/clarithromycin thpk</i>	3	
<i>lansoprazole cpdr</i>	2	
<i>lansoprazole tbdd</i>	4	
<i>misoprostol tabs</i>	2	
<i>nizatidine soln</i>	2	
<i>omeprazole dr cpdr 10mg</i>	1	
<i>omeprazole/sodium bicarbonate caps</i>	4	
<i>omeprazole/sodium bicarbonate pack</i>	5	NEDS
<i>omeprazole cpdr 20mg, 40mg</i>	1	
<i>pantoprazole sodium tbec</i>	2	
<i>pantoprazole sodium pack</i>	4	
PYLERA	3	
<i>rabeprazole sodium</i>	3	
<i>sucralfate tabs</i>	2	
<i>sucralfate susp</i>	3	
Agentes colestilíticos		
LIVMARLI SOLN 19MG/ML	5	PA; NEDS
<i>ursodiol caps 300mg</i>	3	
<i>ursodiol caps 200mg</i>	4	
<i>ursodiol tabs</i>	4	
Agentes procinéticos		
<i>metoclopramide hcl inj, oral soln</i>	2	
<i>metoclopramide hcl tabs 5mg</i>	1	
<i>metoclopramide hydrochloride tabs 10mg</i>	1	
<i>metoclopramide odt</i>	2	
Antieméticos		
<i>aprepitant caps 0, 40mg, 80mg</i>	3	PA BvD

ID de formulario: 24517, Versión: 20, Fecha efectiva: 12/01/2024

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>aprepitant caps 125mg</i>	5	PA BvD; NEDS
<i>dronabinol</i>	4	PA BvD
<i>granisetron hydrochloride tabs</i>	3	PA BvD
<i>meclizine hcl tabs</i>	2	
<i>ondansetron hcl soln</i>	2	PA BvD
<i>ondansetron hcl tabs 24mg</i>	2	PA BvD
<i>ondansetron hydrochloride tabs</i>	2	PA BvD
<i>ondansetron odt tbdp 4mg, 8mg</i>	2	PA BvD
<i>scopolamine</i>	3	
Catárticos y laxantes		
CLENPIQ	3	
<i>gavilyte-c</i>	2	
<i>gavilyte-g</i>	2	
<i>gavilyte-n/ flavor pack</i>	2	
OSMOPREP	4	
<i>peg-3350/electrolytes</i>	2	
<i>peg-3350/electrolytes/ascorbate</i>	3	
<i>peg-3350/nacl/na bicarbonate/kcl</i>	2	
<i>peg-3350/sodium sulf/naclpotassium cl/na ascorbate/ascorbic</i>	3	
<i>sodium sulfate/potassium sulfate/magnesium sulfate</i>	3	
Digestivos		
CREON CPEP 120000UNIT; 24000UNIT; 76000UNIT, 15000UNIT; 3000UNIT; 9500UNIT, 180000UNIT; 36000UNIT; 114000UNIT, 30000UNIT; 6000UNIT; 19000UNIT, 60000UNIT; 12000UNIT; 38000UNIT	3	
ZENPEP CPEP 105000UNIT; 25000UNIT; 79000UNIT, 14000UNIT; 3000UNIT; 10000UNIT, 168000UNIT; 40000UNIT; 126000UNIT, 24000UNIT; 5000UNIT; 17000UNIT, 252600UNIT; 60000UNIT; 189600UNIT, 42000UNIT; 10000UNIT; 32000UNIT, 63000UNIT; 15000UNIT; 47000UNIT, 84000UNIT; 20000UNIT; 63000UNIT	3	
Medicamentos GI, varios		
BYLVAY	5	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
BYLVAY (PELLETS)	5	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
CHOLBAM	5	PA; NEDS
GATTEX	5	PA; NEDS
LINZESS	3	
LIVMARLI SOLN 9.5MG/ML	5	PA; NEDS
<i>lubiprostone</i>	3	
MOVANTIK	3	
RELISTOR	5	NEDS
SKYRIZI INJ 600MG/10ML	5	PA; NEDS

ID de formulario: 24517, Versión: 20, Fecha efectiva: 12/01/2024

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
SKYRIZI INJ 180MG/1.2ML	5	QL(1.2 ML por 28 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
SKYRIZI INJ 360MG/2.4ML	5	QL(2.4 ML por 28 días); PA; NEDS
Miscellaneous Therapeutic Agents		
Alcohol Deterrents		
<i>disulfiram</i>	2	
Preparaciones para ojos, oídos, nariz y garganta		
Agentes antialérgicos		
ALOCRIL	4	
ALOMIDE	4	
<i>azelastine hcl ophthalmic soln</i>	2	
<i>azelastine hcl nasal soln 0.15%</i>	2	QL(120 ML por 90 días)
<i>azelastine hydrochloride soln 0.1%</i>	2	QL(120 ML por 90 días)
<i>bepotastine besilate</i>	3	
<i>cromolyn sodium soln 4%</i>	1	
<i>epinastine hcl</i>	4	
<i>olopatadine hcl ophthalmic soln</i>	3	
<i>olopatadine hcl nasal soln</i>	3	QL(91.5 GM por 90 días)
<i>olopatadine hydrochloride soln 0.2%</i>	3	
Agentes antiglaucoma		
<i>acetazolamide er</i>	3	
<i>acetazolamide tabs</i>	2	
ALPHAGAN P SOLN 0.1%	3	
<i>betaxolol hcl soln 0.5%</i>	3	
BETIMOL	4	
BETOPTIC-S	3	
<i>bimatoprost soln</i>	2	
<i>brimonidine tartrate/timolol maleate</i>	3	
<i>brimonidine tartrate soln 0.2%</i>	2	
<i>brimonidine tartrate soln 0.1%</i>	3	
<i>brimonidine tartrate soln 0.15%</i>	4	
<i>brinzolamide</i>	3	
<i>carteolol hcl</i>	2	
<i>dorzolamide hcl/timolol maleate</i>	2	
<i>dorzolamide hydrochloride/timolol maleate pf</i>	4	
<i>dorzolamide hydrochloride soln</i>	2	
<i>latanoprost soln</i>	2	
<i>levobunolol hcl soln 0.5%</i>	1	
LUMIGAN	3	
<i>methazolamide</i>	4	
PHOSPHOLINE IODIDE SOLR 0.125%	3	
<i>pilocarpine hcl soln 1%, 2%, 4%</i>	2	
RHOPRESSA	3	

ID de formulario: 24517, Versión: 20, Fecha efectiva: 12/01/2024

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
ROCKLATAN	3	
SIMBRINZA	3	
<i>tafluprost</i>	3	
<i>timolol maleate ophthalmic gel forming</i>	3	
<i>timolol maleate soln 0.25%, 0.5%</i>	1	
<i>timolol maleate soln 0.25%, 0.5%</i>	3	
<i>travoprost</i>	3	
VYZULTA	3	
Agentes antiinflamatorios		
ALREX	3	
<i>bromfenac</i>	3	
<i>bromfenac sodium soln 0.07%</i>	3	
<i>bromfenac sodium soln 0.075%</i>	4	
BROMSITE	4	
<i>ciprofloxacin/dexamethasone</i>	3	
CORTISPORIN-TC	4	
<i>cyclosporine emul 0.05%</i>	3	
<i>dexamethasone sodium phosphate ophthalmic soln 0.1%</i>	2	
<i>diclofenac sodium ophthalmic soln 0.1%</i>	2	
<i>difluprednate</i>	3	
<i>flac</i>	2	
FLAREX	3	
<i>flunisolide soln 0.025%</i>	3	QL(150 ML por 90 días)
<i>fluocinolone acetonide oil 0.01%</i>	2	
<i>fluorometholone susp</i>	2	
<i>flurbiprofen sodium</i>	1	
<i>fluticasone propionate susp 50mcg/act</i>	1	QL(48 GM por 90 días)
FML	3	
FML FORTE	4	
<i>hydrocortisone/acetic acid</i>	2	
ILEVRO	3	
INVELTYS	4	
<i>ketorolac tromethamine</i>	2	
LOTEMAX OINT	4	
<i>loteprednol etabonate</i>	3	
MAXIDEX SUSP	4	
<i>mometasone furoate susp 50mcg/act</i>	3	QL(102 GM por 90 días)
<i>neo-polycin hc</i>	2	
<i>neomycin/polymyxin/bacitracin/hydrocortisone</i>	2	
<i>neomycin/polymyxin/dexamethasone</i>	2	
<i>neomycin/polymyxin/hc</i>	2	
<i>neomycin/polymyxin/hydrocortisone ophthalmic susp, otic susp</i>	2	
PRED MILD	3	
<i>prednisolone acetate</i>	3	

ID de formulario: 24517, Versión: 20, Fecha efectiva: 12/01/2024

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>prednisolone sodium phosphate ophthalmic soln 1%</i>	2	
PROLENSA	3	
RESTASIS	3	
RESTASIS MULTIDOSE	3	
<i>sulfacetamide sodium/prednisolone sodium phosphate</i>	2	
TOBRADEX ST	3	
TOBRADEX OINT	3	
<i>tobramycin/dexamethasone</i>	3	
ZYLET	3	
Anestésicos locales		
<i>lidocaine hydrochloride viscous</i>	2	
<i>lidocaine viscous</i>	2	
Antiinfecciosos		
AZASITE	4	
<i>bacitracin</i>	4	
<i>bacitracin/polymyxin b</i>	2	
BESIVANCE	4	
<i>chlorhexidine gluconate</i>	1	
<i>ciprofloxacin hydrochloride soln 0.3%</i>	1	
<i>ciprofloxacin soln 0.2%</i>	2	
<i>erythromycin oint 5mg/gm</i>	2	
<i>gatifloxacin</i>	4	
<i>gentak oint</i>	2	
<i>gentamicin sulfate ophthalmic soln 0.3%</i>	2	
<i>levofloxacin ophthalmic soln 0.5%, 1.5%</i>	3	
<i>moxifloxacin hydrochloride soln 0.5%</i>	2	
NATACYN	4	
<i>neo-polycin</i>	2	
<i>neomycin/bacitracin/polymyxin</i>	2	
<i>neomycin/polymyxin/gramicidin</i>	2	
<i>ofloxacin ophthalmic soln 0.3%</i>	2	
<i>ofloxacin otic soln 0.3%</i>	3	
<i>perio gard</i>	1	
<i>polycin</i>	2	
<i>polymyxin b sulfate/trimethoprim sulfate</i>	2	
<i>sulfacetamide sodium oint 10%</i>	2	
<i>sulfacetamide sodium soln 10%</i>	2	
<i>tobramycin soln 0.3%</i>	2	
<i>trifluridine soln</i>	2	
XDEMVY	5	PA; NEDS
ZIRGAN	4	
Medicamentos para OONG, varios		
<i>acetic acid</i>	2	
<i>apraclonidine</i>	3	
CYSTARAN	3	

ID de formulario: 24517, Versión: 20, Fecha efectiva: 12/01/2024

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
OXERVATE	5	PA; NEDS
Midriáticos		
<i>atropine sulfate soln 1%</i>	2	
<i>cyclopentolate hcl soln 2%</i>	2	
<i>cyclopentolate hydrochloride soln</i>	2	
Recursos		
Recursos		
<i>alcohol prep pads</i>	2	
<i>b-d insulin syringe ultrafine ii/0.3ml/31g x 5/16"</i>	2	
<i>bd insulin syringe safetyglide/1ml/29g x 1/2"</i>	2	
<i>bd insulin syringe ultra-fine/0.5ml/30g x 12.7mm</i>	2	
<i>bd insulin syringe ultra-fine/1ml/31g x 8mm</i>	2	
<i>bd insulin syringe/u-100/1ml/27g x 1/2"</i>	2	
<i>bd insulin syringe/u-500/0.5ml/31g x 6mm</i>	2	
<i>bd pen needle/original/ultra-fine/29g x 12.7mm</i>	2	
<i>curity gauze pads 2"x2" 12 ply</i>	2	
<i>gauze pads 2"x2"</i>	2	
<i>gnp insulin syringe/0.3ml/30g x 5/16"</i>	2	
<i>gnp insulin syringe/0.5ml/30g x 5/16"</i>	2	
OMNIPOD 5 DEXCOM G7G6 INTRO KIT (GEN 5)	4	
OMNIPOD 5 DEXCOM G7G6 PODS (GEN 5)	4	
OMNIPOD 5 DEXG7G6 PODS (GEN 5)	4	
OMNIPOD 5 G7 INTRO KIT (GEN 5)	4	
OMNIPOD 5 G7 PODS (GEN 5)	4	
OMNIPOD 5 LIBRE2 PLUS G6	4	
OMNIPOD 5 LIBRE2 PLUS G6 PODS	4	
OMNIPOD CLASSIC PDM STARTER KIT (GEN 3)	4	
OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3)	4	
OMNIPOD DASH INTRO KIT (GEN 4)	4	
OMNIPOD DASH PDM KIT (GEN 4)	4	
OMNIPOD DASH PODS (GEN 4)	4	
OMNIPOD GO 10 UNITS/DAY	4	
OMNIPOD GO 15 UNITS/DAY	4	
OMNIPOD GO 20 UNITS/DAY	4	
OMNIPOD GO 25 UNITS/DAY	4	
OMNIPOD GO 30 UNITS/DAY	4	
OMNIPOD GO 35 UNITS/DAY	4	
OMNIPOD GO 40 UNITS/DAY	4	
<i>techlite insulin syringe u-100/0.5ml/30g x 1/2"</i>	2	
<i>techlite pen needles 29g x 10mm</i>	2	
<i>trueplus insulin syringe /u-100/1ml/29g x 1/2"</i>	2	
<i>trueplus pen needles 29gx12mm</i>	2	
Relajantes musculares suaves		
Relajantes musculares suaves genitourinarios		
<i>darifenacin hydrobromide er</i>	4	

ID de formulario: 24517, Versión: 20, Fecha efectiva: 12/01/2024

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>fesoterodine fumarate er</i>	4	
<i>flavoxate hcl</i>	2	
GEMTESA	4	
<i>mirabegron er</i>	3	
MYRBETRIQ	3	
<i>oxybutynin chloride er</i>	2	
<i>oxybutynin chloride soln</i>	1	
<i>oxybutynin chloride tabs 5mg</i>	1	
<i>oxybutynin chloride tabs 2.5mg</i>	3	
<i>solifenacin succinate</i>	3	
<i>tolterodine tartrate</i>	3	
<i>tolterodine tartrate er</i>	3	
<i>tropium chloride</i>	3	
<i>tropium chloride er</i>	4	
<i>Relajantes musculares suaves respiratorios</i>		
<i>elixophyllin</i>	2	
<i>theophylline er tb12, tb24</i>	2	
<i>theophylline elix</i>	2	
Skin and Mucous Membrane Preparations		
<i>Anti-infectives</i>		
<i>acyclovir crea 5%</i>	3	
<i>ciclopirox nail lacquer</i>	3	
<i>ciclopirox olamine</i>	2	
<i>ciclopirox gel, susp</i>	2	
<i>ciclopirox sham</i>	4	
CLEOCIN	4	
<i>clindacin</i>	4	
<i>clindacin etz pledgets</i>	2	
<i>clindacin-p</i>	2	
<i>clindamycin phosphate/benzoyl peroxide</i>	4	
<i>clindamycin phosphate crea 2%</i>	2	
<i>clindamycin phosphate foam 1%</i>	4	
<i>clindamycin phosphate gel 1%</i>	2	
<i>clindamycin phosphate lotn 1%</i>	4	
<i>clindamycin phosphate external soln 1%</i>	2	
<i>clindamycin phosphate swab 1%</i>	2	
<i>clindamycin/benzoyl peroxide</i>	4	
<i>clotrimazole/betamethasone dipropionate crea</i>	3	
<i>clotrimazole/betamethasone dipropionate lotn</i>	4	
<i>clotrimazole soln, troc</i>	2	
<i>clotrimazole crea</i>	3	
<i>econazole nitrate</i>	3	
<i>ery</i>	2	
<i>erythromycin/benzoyl peroxide</i>	4	
<i>erythromycin gel 2%</i>	2	

ID de formulario: 24517, Versión: 20, Fecha efectiva: 12/01/2024

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>erythromycin soln 2%</i>	2	
<i>gentamicin sulfate crea 0.1%</i>	3	
<i>gentamicin sulfate oint 0.1%</i>	3	
GYNAZOLE-1	4	
<i>ivermectin crea 1%</i>	4	
<i>ketoconazole crea 2%</i>	3	QL(120 GM por 30 días)
<i>ketoconazole foam 2%</i>	4	
<i>ketoconazole sham 2%</i>	2	
KETODAN	4	
<i>malathion</i>	4	
MENTAX	4	
<i>metronidazole vaginal</i>	3	
<i>metronidazole crea 0.75%</i>	2	
<i>metronidazole gel 0.75%, 1%</i>	2	
<i>metronidazole lotn 0.75%</i>	4	
<i>miconazole 3</i>	2	
<i>mupirocin oint</i>	2	QL(44 GM por 30 días)
<i>mupirocin crea</i>	3	QL(180 GM por 30 días)
<i>naftifine hcl</i>	3	
<i>naftifine hydrochloride crea 2%</i>	3	
NEUAC	4	
NUVESSA	4	
<i>nyamyc</i>	2	
<i>nystatin crea 100000unit/gm</i>	2	
<i>nystatin oint 100000unit/gm</i>	2	
<i>nystatin powd 100000unit/gm</i>	2	
<i>nystop</i>	2	
<i>oxiconazole nitrate</i>	4	QL(90 GM por 30 días)
<i>penciclovir</i>	4	
<i>permethrin</i>	3	
<i>rosadan</i>	2	
<i>selenium sulfide</i>	2	
<i>silver sulfadiazine</i>	2	
<i>ssd</i>	2	
<i>sulfacetamide sodium lotn 10%</i>	3	
SULFAMYLON	4	
<i>terconazole crea</i>	2	
<i>terconazole supp</i>	3	
Anti-inflammatory Agents		
<i>ala-cort</i>	1	
<i>alclometasone dipropionate oint</i>	2	
<i>alclometasone dipropionate crea</i>	4	
<i>amcinonide lotn</i>	2	
<i>amcinonide crea</i>	4	
<i>betamethasone dipropionate augmented crea, oint</i>	2	

ID de formulario: 24517, Versión: 20, Fecha efectiva: 12/01/2024

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>betamethasone dipropionate augmented gel, lotn</i>	4	
<i>betamethasone dipropionate lotn</i>	2	
<i>betamethasone dipropionate crea, oint</i>	4	
<i>betamethasone valerate crea, lotn, oint</i>	2	
<i>betamethasone valerate foam</i>	4	
<i>budesonide foam 2mg</i>	3	
<i>calcipotriene/betamethasone dipropionate</i>	4	
<i>clobetasol propionate e</i>	3	QL(240 GM por 30 días)
<i>clobetasol propionate emollient</i>	4	QL(200 GM por 30 días)
<i>clobetasol propionate soln</i>	3	QL(200 ML por 30 días)
<i>clobetasol propionate gel, oint</i>	3	QL(240 GM por 30 días)
<i>clobetasol propionate foam</i>	4	QL(200 GM por 30 días)
<i>clobetasol propionate lotn, sham</i>	4	QL(236 ML por 30 días)
<i>clobetasol propionate crea</i>	4	QL(240 GM por 30 días)
<i>clobetasol propionate liqd</i>	4	QL(250 ML por 30 días)
<i>clocortolone pivalate</i>	4	
<i>clodan</i>	3	QL(236 ML por 30 días)
CORDRAN	4	
<i>desonide</i>	4	
<i>desoximetasone</i>	4	
DESRX	4	
<i>diclofenac sodium gel 3%</i>	3	QL(200 GM por 30 días)
<i>diclofenac sodium gel 1%</i>	3	QL(960 GM por 30 días)
<i>diclofenac sodium external soln 1.5%</i>	4	QL(300 ML por 30 días)
<i>diflorasone diacetate</i>	4	
EUCRISA	4	PA
<i>fluocinolone acetonide body</i>	4	
<i>fluocinolone acetonide scalp</i>	3	
<i>fluocinolone acetonide crea 0.01%, 0.025%</i>	3	
<i>fluocinolone acetonide oint 0.025%</i>	3	
<i>fluocinolone acetonide soln 0.01%</i>	4	
<i>fluocinonide emulsified base</i>	4	
<i>fluocinonide crea</i>	3	
<i>fluocinonide gel, oint, soln</i>	4	
<i>fluticasone propionate crea 0.05%</i>	2	
<i>fluticasone propionate lotn 0.05%</i>	4	
<i>fluticasone propionate oint 0.005%</i>	2	
<i>halcinonide</i>	3	
<i>halobetasol propionate</i>	4	
<i>hydrocortisone butyrate lotn</i>	1	
<i>hydrocortisone butyrate crea, oint, soln</i>	4	
<i>hydrocortisone valerate</i>	4	
<i>hydrocortisone crea 1%, 2.5%</i>	1	
<i>hydrocortisone crea 1%, 2.5%</i>	2	
<i>hydrocortisone enem 100mg/60ml</i>	4	

ID de formulario: 24517, Versión: 20, Fecha efectiva: 12/01/2024

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>hydrocortisone lotn 2.5%</i>	1	
<i>hydrocortisone oint 1%, 2.5%</i>	1	
<i>mometasone furoate crea 0.1%</i>	1	
<i>mometasone furoate oint 0.1%</i>	1	
<i>mometasone furoate soln 0.1%</i>	2	
<i>nystatin/triamcinolone acetamide</i>	3	
<i>nystatin/triamcinolone crea</i>	2	
<i>nystatin/triamcinolone oint</i>	3	
<i>oralone dental paste</i>	2	
<i>prednicarbate</i>	2	
<i>procto-med hc</i>	2	
<i>procto-pak</i>	2	
<i>proctosol hc</i>	2	
<i>proctozone-hc</i>	2	
TOVET	4	QL(200 GM por 30 días)
<i>triamcinolone acetamide dental paste</i>	2	
<i>triamcinolone acetamide aers 0.147mg/gm</i>	4	
<i>triamcinolone acetamide crea 0.025%, 0.1%, 0.5%</i>	2	
<i>triamcinolone acetamide lotn 0.025%, 0.1%</i>	2	
<i>triamcinolone acetamide oint 0.025%, 0.1%, 0.5%</i>	2	
<i>triamcinolone acetamide oint 0.05%</i>	3	
TRIANEX	3	
<i>triderm</i>	2	
TRITOCIN	3	
UCERIS	4	
<i>Antipruritics and Local Anesthetics</i>		
<i>doxepin hydrochloride crea 5%</i>	4	QL(90 GM por 30 días)
<i>hydrocortisone acetate/pramoxine</i>	2	
<i>lidocaine hydrochloride external soln 4%</i>	2	QL(100 ML por 30 días)
<i>lidocaine/prilocaine</i>	3	QL(60 GM por 30 días)
<i>lidocaine oint</i>	3	QL(100 GM por 30 días)
<i>lidocaine ptch</i>	3	QL(90 EA por 30 días); PA
<i>premium lidocaine</i>	3	QL(100 GM por 30 días)
<i>Cell Stimulants and Proliferants</i>		
<i>avita</i>	2	PA
RETIN-A MICRO PUMP	4	PA
<i>tretinoin microsphere gel 0.04%, 0.1%</i>	4	PA
<i>tretinoin crea 0.025%, 0.05%, 0.1%</i>	2	PA
<i>tretinoin gel 0.01%, 0.025%, 0.05%</i>	4	PA
<i>Emollients, Demulcents, and Protectants</i>		
<i>ammonium lactate lotn</i>	2	
<i>ammonium lactate crea</i>	3	
<i>Skin and Mucous Membrane Agents, Misc</i>		
<i>acutane</i>	4	

ID de formulario: 24517, Versión: 20, Fecha efectiva: 12/01/2024

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>acitretin</i>	4	
<i>adapalene</i>	4	PA
<i>amnesteem</i>	2	
<i>azelaic acid</i>	3	
AZELEX	4	
<i>bexarotene gel 1%</i>	5	PA NSO; NEDS
<i>calcipotriene crea</i>	3	QL(120 GM por 30 días)
<i>calcipotriene oint</i>	4	QL(120 GM por 30 días)
<i>calcipotriene soln</i>	4	QL(120 ML por 30 días)
<i>calcitriol oint 3mcg/gm</i>	3	
<i>claravis</i>	4	
CONDYLOX	4	
DUPIXENT INJ 200MG/1.14ML, 300MG/2ML	5	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
<i>fluorouracil crea</i>	2	
<i>fluorouracil soln</i>	4	
HYFTOR	5	PA; NEDS
<i>imiquimod pump</i>	4	
<i>imiquimod crea 5%</i>	3	
<i>imiquimod crea 3.75%</i>	4	
<i>isotretinoin</i>	4	
KLISYRI	5	PA; NEDS
MYORISAN	4	
PANRETIN	5	NEDS
<i>pimecrolimus</i>	3	
<i>podofilox soln 0.5%</i>	2	
RECTIV	4	QL(30 GM por 30 días)
REGRANEX	3	
SANTYL	3	
SKYRIZI PEN	5	QL(1 ML por 28 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
SKYRIZI INJ 75MG/0.83ML	5	QL(1 EA por 28 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
SKYRIZI INJ 150MG/ML	5	QL(1 ML por 28 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
STELARA INJ 45MG/0.5ML	5	QL(1 ML por 28 días); PA; NEDS
STELARA INJ 45MG/0.5ML, 90MG/ML	5	QL(1 ML por 28 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
<i>tacrolimus oint 0.03%, 0.1%</i>	3	
<i>tazarotene crea 0.1%</i>	3	PA

ID de formulario: 24517, Versión: 20, Fecha efectiva: 12/01/2024

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>tazarotene foam 0.1%</i>	4	PA
<i>tazarotene gel 0.05%, 0.1%</i>	3	PA
TAZORAC	4	PA
VALCHLOR	5	NEDS; SP-Optum Specialty
WINLEVI	4	PA
ZENATANE	4	
Vitamina		
<i>Preparaciones multivitamínicas</i>		
<i>prenatal</i>	2	
Vitaminas		
<i>Complejo de Vitamina B</i>		
<i>cyanocobalamin inj 1000mcg/ml</i>	2	EC
<i>folic acid tabs 1mg</i>	1	EC
<i>niacin tabs 500mg</i>	2	
<i>niacor</i>	2	
<i>Vitamina D</i>		
<i>calcitriol caps 0.25mcg, 0.5mcg</i>	2	
<i>calcitriol soln 1mcg/ml</i>	2	
<i>doxercalciferol caps</i>	4	
<i>paricalcitol caps</i>	2	
RAYALDEE	4	
<i>vitamin d caps 50000unit</i>	1	QL(4 EA por 28 días); EC

ID de formulario: 24517, Versión: 20, Fecha efectiva: 12/01/2024

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Índice de Drogas

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>abacavir</i>	7	<i>aliskiren</i>	56
<i>abacavir sulfate/lamivudine</i>	7	<i>allopurinol</i>	32
<i>abacavir sulfate/lamivudine/zidovudine</i>	7	<i>almotriptan</i>	17
ABELCET	6	ALOCRIIL	60
ABILIFY ASIMTUFII	19	ALOMIDE	60
ABILIFY MAINTENA	19	<i>alose tron hydrochloride</i>	58
ABILIFY MYCITE	19	ALPHAGAN P	60
ABILIFY MYCITE MAINTENANCE KIT	19	<i>alprazolam</i>	25
ABILIFY MYCITE STARTER KIT	19	<i>alprazolam er</i>	25
<i>abiraterone acetate</i>	9	<i>alprazolam odt</i>	25
ABRYSVO	37	ALREX	61
<i>acamprosate calcium dr</i>	18	ALUNBRIG	9
<i>acarbose</i>	44	<i>alyq</i>	57
<i>accutane</i>	67	<i>amabelz</i>	50
<i>acebutolol hydrochloride</i>	55	<i>amantadine hcl</i>	17
<i>acetaminophen/codeine</i>	22	<i>ambrisentan</i>	29
<i>acetazolamide</i>	60	<i>amcinonide</i>	65
<i>acetazolamide er</i>	60	<i>amethia</i>	48
<i>acetic acid</i>	62	<i>amikacin sulfate</i>	2
<i>acetic acid 0.25%</i>	43	<i>amiloride hcl</i>	42
<i>acetylcysteine</i>	34	<i>amiloride/hydrochlorothiazide</i>	42
<i>acitretin</i>	68	<i>aminocaproic acid</i>	38
ACTHIB	37	AMINOSYN II	40
ACTIMMUNE	32	AMINOSYN-PF 7%	40
<i>acyclovir</i>	7	<i>amiodarone hydrochloride</i>	56
<i>acyclovir</i>	64	<i>amitriptyline hcl</i>	19
<i>acyclovir sodium</i>	7	<i>amitriptyline hydrochloride</i>	19
ADACEL	37	<i>amlodipine besylate</i>	54
<i>adapalene</i>	68	<i>amlodipine besylate/atorvastatin calcium</i>	54
<i>adefovir dipivoxil</i>	7	<i>amlodipine besylate/benazepril hydrochloride</i>	54
ADEMPAS	29	<i>amlodipine besylate/valsartan</i>	54
ADTHYZA	46	<i>amlodipine/olmesartan medoxomil</i>	54
AIMOVIG	17	<i>amlodipine/valsartan/hydrochlorothiazide</i>	54
AKEEGA	9	<i>ammonium lactate</i>	67
<i>ala-cort</i>	65	<i>amnesteem</i>	68
<i>albendazole</i>	5	<i>amoxapine</i>	19
<i>albuterol sulfate</i>	52	<i>amoxicillin</i>	2
<i>albuterol sulfate hfa</i>	52	<i>amoxicillin/clavulanate potassium</i>	2
<i>alclometasone dipropionate</i>	65	<i>amoxicillin/clavulanate potassium er</i>	2
<i>alcohol prep pads</i>	63	<i>amphetamine/dextroamphetamine</i>	16
ALECENSA	9	<i>amphotericin b</i>	6
<i>alendronate sodium</i>	34	<i>amphotericin b liposome</i>	6
<i>alfuzosin hcl er</i>	52	<i>ampicillin</i>	2
		<i>ampicillin sodium</i>	2
		<i>ampicillin/sulbactam</i>	2

ID de formulario: 24517, Versión: 20, Fecha efectiva: 12/01/2024

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>ampicillin-sulbactam</i>	2	AVONEX	32
<i>anagrelide hydrochloride</i>	38	AVONEX PEN	32
<i>anastrozole</i>	50	AVYCAZ	2
ANORO ELLIPTA	51	AYVAKIT	9
APLENZIN	19	AZASITE	62
<i>apraclonidine</i>	62	<i>azathioprine</i>	33
<i>aprepitant</i>	58	<i>azelaic acid</i>	68
<i>apri</i>	48	<i>azelastine hcl</i>	60
APTIOM	25	<i>azelastine hydrochloride</i>	60
APTIVUS	7	AZELEX	68
ARCALYST	35	<i>azithromycin</i>	2
AREXVY	37	<i>aztreonam</i>	2
<i>arformoterol tartrate</i>	52	<i>azurette</i>	48
ARIKAYCE	2	<i>bacitracin</i>	62
<i>aripiprazole</i>	19	<i>bacitracin/polymyxin b</i>	62
<i>aripiprazole odt</i>	19	<i>baclofen</i>	53
ARISTADA	19	BAFIERTAM	33
ARISTADA INITIO	19	<i>balsalazide disodium</i>	58
<i>armodafinil</i>	16	BALVERSA	10
ARMOUR THYROID	46	<i>balziva</i>	48
<i>asenapine maleate sl</i>	19	BAQSIMI ONE PACK	46
<i>ashlyna</i>	48	BAQSIMI TWO PACK	46
<i>aspirin/dipyridamole er</i>	38	BAXDELA	2
<i>atazanavir</i>	7	BCG VACCINE	37
<i>atazanavir sulfate</i>	7	<i>bd insulin syringe safetyglide/1ml/29g x</i>	63
<i>atenolol</i>	55	<i>1/2"</i>	
<i>atenolol/chlorthalidone</i>	55	<i>b-d insulin syringe ultrafine ii/0.3ml/31g x</i>	63
<i>atomoxetine</i>	18	<i>5/16"</i>	
<i>atomoxetine hydrochloride</i>	18	<i>bd insulin syringe ultra-fine/0.5ml/30g x</i>	63
<i>atorvastatin calcium</i>	53	<i>12.7mm</i>	
<i>atovaquone</i>	6	<i>bd insulin syringe ultra-fine/1ml/31g x 8mm</i>	63
<i>atovaquone/proguanil hcl</i>	6	<i>bd insulin syringe/u-100/1ml/27g x 1/2"</i>	63
<i>atropine sulfate</i>	63	<i>bd insulin syringe/u-500/0.5ml/31g x 6mm</i>	63
ATROVENT HFA	51	<i>bd pen needle/original/ultra-fine/29g x</i>	63
AUBAGIO	32	<i>12.7mm</i>	
AUGMENTIN	2	BELBUCA	22
AUGTYRO	9	BELSOMRA	25
AURYXIA	41	<i>benazepril hcl</i>	56
AUSTEDO	28	<i>benazepril hydrochloride</i>	56
AUSTEDO XR	28	<i>benazepril</i>	56
AUSTEDO XR PATIENT TITRATION	28	<i>hydrochloride/hydrochlorothiazide</i>	
KIT		BENLYSTA	33
AUVELITY	19	BENZNIDAZOLE	6
AVEED	48	<i>benzonatate</i>	29
<i>aviane</i>	48	<i>benztropine mesylate</i>	18
<i>avita</i>	67	<i>bepotastine besilate</i>	60

ID de formulario: 24517, Versión: 20, Fecha efectiva: 12/01/2024

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>carbidopa/levodopa/entacapone</i>	18	<i>ciclopirox nail lacquer</i>	64
CARDURA XL	54	<i>ciclopirox olamine</i>	64
<i>carglumic acid</i>	42	<i>cidofovir</i>	7
<i>carteolol hcl</i>	60	<i>cilostazol</i>	38
<i>cartia xt</i>	54	CIMDUO	7
<i>carvedilol</i>	55	<i>cimetidine</i>	58
<i>carvedilol phosphate er</i>	55	<i>cinacalcet hydrochloride</i>	46
<i>casprofungin acetate</i>	6	CINRYZE	34
CAYSTON	2	<i>ciprofloxacin</i>	3
<i>cefaclor</i>	2	<i>ciprofloxacin</i>	62
<i>cefadroxil</i>	2	<i>ciprofloxacin hcl</i>	3
<i>cefazolin</i>	2	<i>ciprofloxacin hydrochloride</i>	3
<i>cefazolin sodium</i>	2	<i>ciprofloxacin hydrochloride</i>	62
<i>cefazolin sodium/dextrose</i>	2	<i>ciprofloxacin i.v.-in d5w</i>	3
<i>cefazolin/dextrose</i>	2	<i>ciprofloxacin/dexamethasone</i>	61
<i>cefdinir</i>	2	<i>citalopram hydrobromide</i>	19
<i>cefepime</i>	2	<i>claravis</i>	68
<i>cefepime hydrochloride</i>	2	<i>clarithromycin</i>	3
<i>cefepime/dextrose</i>	2	<i>clarithromycin er</i>	3
<i>cefixime</i>	2	CLENPIQ	59
<i>cefotetan</i>	2	CLEOCIN	64
<i>cefoxitin sodium</i>	2	<i>clindacin</i>	64
<i>cefpodoxime proxetil</i>	2	<i>clindacin etz pledgets</i>	64
<i>cefprozil</i>	2	<i>clindacin-p</i>	64
<i>ceftazidime</i>	3	<i>clindamycin hcl</i>	3
<i>ceftriaxone in iso-osmotic dextrose</i>	3	<i>clindamycin hydrochloride</i>	3
<i>ceftriaxone sodium</i>	3	<i>clindamycin palmitate hydrochloride</i>	3
<i>ceftriaxone/dextrose</i>	3	<i>clindamycin phosphate</i>	3
<i>cefuroxime axetil</i>	3	<i>clindamycin phosphate</i>	16
<i>cefuroxime sodium</i>	3	<i>clindamycin phosphate</i>	64
<i>celecoxib</i>	22	<i>clindamycin phosphate/benzoyl peroxide</i>	64
CELONTIN	26	<i>clindamycin phosphate/dextrose</i>	3
<i>cephalexin</i>	3	<i>clindamycin/benzoyl peroxide</i>	64
CERDELGA	35	CLINIMIX 4.25%/DEXTROSE 10%	40
<i>cevimeline hydrochloride</i>	52	CLINIMIX 4.25%/DEXTROSE 5%	40
CHEMET	36	CLINIMIX 5%/DEXTROSE 15%	40
<i>chlordiazepoxide/amitriptyline</i>	19	CLINIMIX 5%/DEXTROSE 20%	40
<i>chlorhexidine gluconate</i>	62	CLINIMIX 6/5	40
<i>chloroquine phosphate</i>	6	CLINIMIX 8/10	40
<i>chlorpromazine hcl</i>	19	CLINIMIX E 2.75%/DEXTROSE 5%	40
<i>chlorpromazine hydrochloride</i>	19	CLINIMIX E 4.25%/DEXTROSE 10%	40
<i>chlorthalidone</i>	42	CLINIMIX E 4.25%/DEXTROSE 5%	40
CHOLBAM	59	CLINIMIX E 5%/DEXTROSE 15%	40
<i>cholestyramine</i>	53	CLINIMIX E 5%/DEXTROSE 20%	41
<i>cholestyramine light</i>	53	CLINIMIX E 8/10	41
<i>ciclopirox</i>	64	CLINISOL SF 15%	41

ID de formulario: 24517, Versión: 20, Fecha efectiva: 12/01/2024

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>clobazam</i>	26	<i>cyanocobalamin</i>	69
<i>clobetasol propionate</i>	66	<i>cyclobenzaprine hydrochloride</i>	53
<i>clobetasol propionate e</i>	66	<i>cyclopentolate hcl</i>	63
<i>clobetasol propionate emollient</i>	66	<i>cyclopentolate hydrochloride</i>	63
<i>clocortolone pivalate</i>	66	<i>cyclophosphamide</i>	10
<i>clodan</i>	66	CYCLOSET	44
<i>clomipramine hydrochloride</i>	19	<i>cyclosporine</i>	34
<i>clonazepam</i>	26	<i>cyclosporine</i>	61
<i>clonazepam odt</i>	26	<i>cyclosporine modified</i>	34
<i>clonidine</i>	39	<i>cyproheptadine hcl</i>	36
<i>clonidine hydrochloride</i>	39	<i>cyproheptadine hydrochloride</i>	36
<i>clonidine hydrochloride er</i>	39	CYSTAGON	35
<i>clopidogrel</i>	38	CYSTARAN	62
<i>clorazepate dipotassium</i>	25	<i>dabigatran etexilate</i>	38
<i>clotrimazole</i>	64	<i>dalfampridine er</i>	35
<i>clotrimazole/betamethasone dipropionate</i>	64	DALVANCE	3
<i>clozapine</i>	19	<i>danazol</i>	48
<i>clozapine odt</i>	19	<i>dantrolene sodium</i>	53
COARTEM	6	<i>dapsone</i>	5
<i>codeine sulfate</i>	22	DAPTACEL	37
<i>colchicine</i>	32	<i>daptomycin</i>	3
<i>colesevelam hydrochloride</i>	53	<i>daptomycin/sodium chloride</i>	3
<i>colestipol hcl</i>	53	<i>darifenacin hydrobromide er</i>	63
<i>colistimethate sodium</i>	3	<i>darunavir</i>	7
COMBIPATCH	50	DARZALEX	10
COMBIVENT RESPIMAT	52	<i>dasatinib</i>	10
COMETRIQ	10	DAURISMO	10
COMPLERA	7	DAYVIGO	25
CONDYLOX	68	<i>deblitane</i>	48
<i>constulose</i>	42	<i>deferasirox</i>	36
COPAXONE	33	<i>deferiprone</i>	36
COPIKTRA	10	DELSTRIGO	7
CORDRAN	66	<i>demeclocycline hcl</i>	3
CORLANOR	57	DENGVAXIA	37
CORTIFOAM	16	DEPO-ESTRADIOL	50
CORTISPORIN-TC	61	DEPO-MEDROL	43
CORTROPHIN	50	DEPO-SUBQ PROVERA 104	50
COSENTYX	30	DESCOVY	7
COSENTYX SENSOREADY PEN	30	<i>desipramine hydrochloride</i>	19
COSENTYX UNOREADY	30	<i>desloratadine</i>	36
COTELLIC	10	<i>desloratadine odt</i>	36
CREON	59	<i>desmopressin acetate</i>	50
<i>cromolyn sodium</i>	28	<i>desogestrel/ethinyl estradiol</i>	48
<i>cromolyn sodium</i>	60	<i>desonide</i>	66
<i>curity gauze pads 2"x2" 12 ply</i>	63	<i>desoximetasone</i>	66
CUVITRU	36	DESRX	66

ID de formulario: 24517, Versión: 20, Fecha efectiva: 12/01/2024

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>desvenlafaxine er</i>	19	<i>diflorasone diacetate</i>	66
<i>dexamethasone</i>	44	<i>diflunisal</i>	23
<i>dexamethasone 10-day dose pack</i>	43	<i>difluprednate</i>	61
<i>dexamethasone 13-day dose pack</i>	43	<i>digitek</i>	57
<i>dexamethasone 6-day dose pack</i>	43	<i>digox</i>	57
<i>dexamethasone intensol</i>	44	<i>digoxin</i>	57
<i>dexamethasone sodium phosphate</i>	44	<i>dihydroergotamine mesylate</i>	52
<i>dexamethasone sodium phosphate</i>	61	DILANTIN	26
<i>dexamethasone sodium phosphate + rfid</i>	44	DILANTIN INFATABS	26
DEXLANSOPRAZOLE	58	DILANTIN-125	26
<i>dexmethylphenidate hcl</i>	16	<i>diltiazem hcl</i>	54
<i>dexmethylphenidate hcl er</i>	16	<i>diltiazem hcl cd</i>	54
<i>dexmethylphenidate hydrochloride</i>	17	<i>diltiazem hcl er</i>	54
<i>dexmethylphenidate hydrochloride er</i>	16	<i>diltiazem hydrochloride</i>	55
<i>dextroamphetamine sulfate</i>	17	<i>diltiazem hydrochloride er</i>	55
<i>dextroamphetamine sulfate er</i>	17	<i>dilt-xr</i>	54
<i>dextrose 10%</i>	41	<i>dimethyl fumarate</i>	33
<i>dextrose 10%/sodium chloride 0.2%</i>	42	<i>dimethyl fumarate starterpack</i>	33
<i>dextrose 10%/sodium chloride 0.45%</i>	42	<i>diphenhydramine hydrochloride</i>	36
<i>dextrose 2.5%/sodium chloride 0.45%</i>	42	<i>diphtheria/tetanus toxoids adsorbed</i>	37
<i>dextrose 5%</i>	41	<i>pediatric</i>	
<i>dextrose 5%/sodium chloride 0.2%</i>	42	<i>dipyridamole</i>	57
<i>dextrose 5%/sodium chloride 0.3%</i>	42	<i>disopyramide phosphate</i>	57
<i>dextrose 5%/sodium chloride 0.33%</i>	42	<i>disulfiram</i>	60
<i>dextrose 5%/sodium chloride 0.45%</i>	42	<i>divalproex sodium</i>	26
<i>dextrose 5%/sodium chloride 0.9%</i>	42	<i>divalproex sodium dr</i>	26
<i>dextrose 50%</i>	41	<i>divalproex sodium er</i>	26
<i>dextrose 70%</i>	41	<i>docetaxel</i>	10
<i>dextrose/sodium chloride</i>	43	<i>dofetilide</i>	57
DIACOMIT	26	<i>donepezil hcl</i>	52
<i>diazepam</i>	25	<i>donepezil hydrochloride</i>	52
<i>diazepam intensol</i>	25	DOPTELET	39
<i>diazepam rectal gel</i>	25	<i>dorzolamide hcl/timolol maleate</i>	60
<i>diazoxide</i>	46	<i>dorzolamide hydrochloride</i>	60
<i>dichlorphenamide</i>	34	<i>dorzolamide hydrochloride/timolol maleate</i>	60
<i>diclofenac epolamine</i>	22	<i>pf</i>	
<i>diclofenac potassium</i>	22	<i>dotti</i>	50
<i>diclofenac sodium</i>	61	DOVATO	7
<i>diclofenac sodium</i>	66	<i>doxazosin mesylate</i>	54
<i>diclofenac sodium dr</i>	23	<i>doxepin hcl</i>	19
<i>diclofenac sodium er</i>	23	<i>doxepin hydrochloride</i>	20
<i>diclofenac sodium/misoprostol</i>	23	<i>doxepin hydrochloride</i>	67
<i>dicloxacillin sodium</i>	3	<i>doxercalciferol</i>	69
<i>dicyclomine hcl</i>	51	DOXY 100	3
<i>dicyclomine hydrochloride</i>	51	<i>doxycycline</i>	3
DIFICID	3	<i>doxycycline hyclate</i>	3

ID de formulario: 24517, Versión: 20, Fecha efectiva: 12/01/2024

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>doxycycline hyclate dr</i>	3	<i>enilloring</i>	48
<i>doxycycline monohydrate</i>	3	<i>enoxaparin sodium</i>	38
DRIZALMA SPRINKLE	20	<i>entacapone</i>	18
<i>dronabinol</i>	59	<i>entecavir</i>	7
<i>drospirenone/ethinyl estradiol</i>	48	ENTRESTO	56
DROXIA	10	<i>enulose</i>	42
<i>droxidopa</i>	52	ENVARUSUS XR	34
<i>duloxetine hcl</i>	20	EPCLUSA	7
<i>duloxetine hydrochloride</i>	20	EPIDIOLEX	26
DUPIXENT	29	<i>epinastine hcl</i>	60
DUPIXENT	68	<i>epinephrine</i>	52
<i>dutasteride</i>	34	<i>epitol</i>	26
<i>dutasteride/tamsulosin hydrochloride</i>	34	<i>eplerenone</i>	56
<i>ec-naproxen</i>	23	EPRONTIA	26
<i>econazole nitrate</i>	64	EQUETRO	26
EDURANT	7	<i>ergoloid mesylates</i>	52
<i>efavirenz</i>	7	ERIVEDGE	11
<i>efavirenz/emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate</i>	7	ERLEADA	11
<i>efavirenz/lamivudine/tenofovir disoproxil fumarate</i>	7	<i>erlotinib hydrochloride</i>	11
<i>effe-k</i>	43	<i>errin</i>	48
EGRIFTA SV	47	<i>ertapenem</i>	3
ELESTRIN	50	<i>ertapenem sodium</i>	3
<i>eletriptan hydrobromide</i>	17	<i>ery</i>	64
ELIGARD	49	<i>erythromycin</i>	62
ELIQUIS	38	<i>erythromycin</i>	64
ELIQUIS STARTER PACK	38	<i>erythromycin base</i>	3
<i>elixophyllin</i>	64	<i>erythromycin dr</i>	3
ELMIRON	35	<i>erythromycin ethylsuccinate</i>	3
<i>eluryng</i>	48	<i>erythromycin/benzoyl peroxide</i>	64
EMCYT	10	ESBRIET	28
EMGALITY	17	<i>escitalopram oxalate</i>	20
EMSAM	18	<i>esomeprazole magnesium</i>	58
<i>emtricitabine</i>	7	<i>estazolam</i>	25
<i>emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate</i>	7	<i>estradiol</i>	50
<i>emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate</i>	7	<i>estradiol valerate</i>	50
EMTRIVA	7	<i>estradiol/norethindrone acetate</i>	50
<i>enalapril maleate</i>	56	ESTRING	50
<i>enalapril maleate/hydrochlorothiazide</i>	56	<i>eszopiclone</i>	25
ENBREL	31	<i>ethacrynic acid</i>	42
ENBREL MINI	30	<i>ethambutol hydrochloride</i>	5
ENBREL SURECLICK	31	<i>ethosuximide</i>	26
ENDARI	35	<i>etodolac</i>	23
<i>endocet</i>	23	<i>etodolac er</i>	23
ENGERIX-B	37	<i>etonogestrel/ethinyl estradiol</i>	48
		<i>etravirine</i>	7
		EUCRISA	66

ID de formulario: 24517, Versión: 20, Fecha efectiva: 12/01/2024

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>euthyrox</i>	46	FLOLIPID	54
EVAMIST	50	FLOVENT DISKUS	44
EVENITY	32	<i>fluconazole</i>	6
<i>everolimus</i>	11	<i>fluconazole in sodium chloride</i>	6
<i>everolimus</i>	34	<i>flucytosine</i>	6
EVOTAZ	7	<i>fludrocortisone acetate</i>	44
EVRYSDI	35	<i>flunisolide</i>	61
<i>exemestane</i>	51	<i>fluocinolone acetonide</i>	61
EXKIVITY	11	<i>fluocinolone acetonide</i>	66
EXSERVAN	18	<i>fluocinolone acetonide body</i>	66
EXTAVIA	33	<i>fluocinolone acetonide scalp</i>	66
<i>ezetimibe</i>	53	<i>fluocinolone acetonide topical</i>	16
<i>ezetimibe/simvastatin</i>	53	<i>fluocinonide</i>	66
<i>falmina</i>	48	<i>fluocinonide emulsified base</i>	66
<i>famciclovir</i>	7	<i>fluorometholone</i>	61
<i>famotidine</i>	58	<i>fluorouracil</i>	68
FANAPT	20	<i>fluoxetine dr</i>	20
FANAPT TITRATION PACK	20	<i>fluoxetine hydrochloride</i>	20
FARXIGA	44	<i>fluphenazine decanoate</i>	20
FASENRA	29	<i>fluphenazine hcl</i>	20
FASENRA PEN	29	<i>fluphenazine hydrochloride</i>	20
<i>febuxostat</i>	32	<i>flurazepam hcl</i>	25
<i>felbamate</i>	26	<i>flurazepam hydrochloride</i>	25
<i>felodipine er</i>	55	<i>flurbiprofen</i>	23
FEMRING	51	<i>flurbiprofen sodium</i>	61
<i>fenofibrate</i>	53	<i>flutamide</i>	11
<i>fenofibrate micronized</i>	53	<i>fluticasone propionate</i>	61
<i>fenofibric acid dr</i>	54	<i>fluticasone propionate</i>	66
<i>fentanyl</i>	23	<i>fluticasone propionate diskus</i>	44
<i>fentanyl citrate</i>	23	<i>fluticasone propionate hfa</i>	44
<i>fentanyl citrate oral transmucosal</i>	23	<i>fluticasone propionate/salmeterol</i>	53
<i>fesoterodine fumarate er</i>	64	<i>fluticasone propionate/salmeterol diskus</i>	52
FETZIMA	20	<i>fluvastatin</i>	54
FETZIMA TITRATION PACK	20	<i>fluvastatin sodium er</i>	54
<i>finasteride</i>	34	<i>fluvoxamine maleate</i>	20
<i> fingolimod hydrochloride</i>	33	<i>fluvoxamine maleate er</i>	20
FINTEPLA	26	FML	61
<i>finzala</i>	48	FML FORTE	61
FIRDAPSE	35	<i>folic acid</i>	69
FIRMAGON	50	<i>fondaparinux sodium</i>	38
FIRVANQ	3	<i>formoterol fumarate</i>	53
<i>flac</i>	61	FORTEO	46
FLAREX	61	<i>fosamprenavir calcium</i>	7
<i>flavoxate hcl</i>	64	<i>fosfomycin tromethamine</i>	5
FLEBOGAMMA DIF	36	<i>fosinopril sodium</i>	56
<i>flecainide acetate</i>	57	<i>fosinopril sodium/hydrochlorothiazide</i>	56

ID de formulario: 24517, Versión: 20, Fecha efectiva: 12/01/2024

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
FOTIVDA	11	GLUCAGEN HYPOKIT	46
FRAGMIN	38	GLUCAGON EMERGENCY KIT	46
FREAMINE III	41	GLUCAGON EMERGENCY KIT FOR	46
<i>frovatriptan succinate</i>	17	LOW BLOOD SUGAR	
FRUZAQLA	11	<i>glyburide</i>	45
<i>furosemide</i>	42	<i>glyburide micronized</i>	45
FUZEON	7	<i>glyburide/metformin hydrochloride</i>	45
<i>fyavolv</i>	51	<i>glycopyrrolate</i>	51
FYCOMPA	26	<i>glydo</i>	16
<i>gabapentin</i>	26	GLYXAMBI	45
GALAFOLD	35	<i>gnp insulin syringe/0.3ml/30g x 5/16"</i>	63
<i>galantamine hydrobromide</i>	52	<i>gnp insulin syringe/0.5ml/30g x 5/16"</i>	63
<i>galantamine hydrobromide er</i>	52	GOCOVRI	18
<i>gallifrey</i>	50	<i>granisetron hydrochloride</i>	59
GAMMAGARD LIQUID	36	<i>griseofulvin microsize</i>	6
GAMMAKED	36	<i>griseofulvin ultramicrosize</i>	6
GAMMAPLEX	37	<i>guanfacine hydrochloride er</i>	18
GAMUNEX-C	37	GVOKE HYPOPEN 1-PACK	46
GARDASIL 9	37	GVOKE HYPOPEN 2-PACK	46
<i>gatifloxacin</i>	62	GVOKE KIT	46
GATTEX	59	GVOKE PFS	46
<i>gauze pads 2"x2"</i>	63	GYNAZOLE-1	65
<i>gavilyte-c</i>	59	HAEGARDA	34
<i>gavilyte-g</i>	59	<i>halcinonide</i>	66
<i>gavilyte-n/ flavor pack</i>	59	<i>halobetasol propionate</i>	66
GAVRETO	11	<i>haloette</i>	48
<i>gefitinib</i>	11	<i>haloperidol</i>	20
<i>gemfibrozil</i>	54	<i>haloperidol decanoate</i>	20
GEMTESA	64	<i>haloperidol lactate</i>	20
<i>generlac</i>	42	HARVONI	7
GENGRAF	34	HAVRIX	37
GENOTROPIN	47	<i>heather</i>	48
GENOTROPIN MINIQUICK	47	<i>heparin sodium</i>	38
<i>gentak</i>	62	<i>heparin sodium/d5w</i>	38
<i>gentamicin sulfate</i>	4	HEPATAMINE	41
<i>gentamicin sulfate</i>	62	HEPLISAV-B	37
<i>gentamicin sulfate</i>	65	HETLIOZ LQ	25
<i>gentamicin sulfate/0.9% sodium chloride</i>	4	HIBERIX	37
GENVOYA	7	HIZENTRA	37
GILOTRIF	11	HORIZANT	26
GLEOSTINE	11	HUMALOG	45
<i>glimepiride</i>	45	HUMALOG JUNIOR KWIKPEN	45
<i>glipizide</i>	45	HUMALOG KWIKPEN	45
<i>glipizide er</i>	45	HUMALOG MIX 50/50	45
<i>glipizide/metformin hydrochloride</i>	45	HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN	45
GLOPERBA	32	HUMALOG MIX 75/25	45

ID de formulario: 24517, Versión: 20, Fecha efectiva: 12/01/2024

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN	45	<i>ibuprofen</i>	23
HUMIRA	31	<i>icatibant acetate</i>	34
HUMIRA PEDIATRIC CROHNS DISEASE STARTER PACK	31	<i>iclevia</i>	48
HUMIRA PEN	31	ICLUSIG	11
HUMIRA PEN-CD/UC/HS STARTER HUMIRA PEN-PEDIATRIC UC STARTER PACK	31	<i>icosapent ethyl</i>	54
HUMIRA PEN-PS/UV STARTER	31	IDHIFA	11
HUMULIN 70/30	45	ILEVRO	61
HUMULIN 70/30 KWIKPEN	45	<i>imatinib mesylate</i>	11
HUMULIN N	45	IMBRUVICA	11
HUMULIN N KWIKPEN	45	<i>imipenem/cilastatin</i>	4
HUMULIN R	45	<i>imipramine hcl</i>	20
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED)	45	<i>imipramine hydrochloride</i>	20
HUMULIN R U-500 KWIKPEN	45	<i>imipramine pamoate</i>	20
<i>hydralazine hcl</i>	39	<i>imiquimod</i>	68
<i>hydralazine hydrochloride</i>	40	<i>imiquimod pump</i>	68
<i>hydrochlorothiazide</i>	42	IMOVAX RABIES (H.D.C.V.)	37
<i>hydrocodone bitartrate er</i>	23	IMPAVIDO	6
<i>hydrocodone bitartrate/acetaminophen</i>	23	IMVEXXY MAINTENANCE PACK	51
<i>hydrocodone bitartrate/homatropine methylbromide</i>	29	IMVEXXY STARTER PACK	51
<i>hydrocodone polistirex/chlorpheniramine polistirex</i>	29	INBRIJA	18
<i>hydrocodone/acetaminophen</i>	23	INCRELEX	47
<i>hydrocodone/ibuprofen</i>	23	INCRUSE ELLIPTA	52
<i>hydrocortisone</i>	44	<i>indapamide</i>	42
<i>hydrocortisone</i>	66	<i>indomethacin</i>	23
<i>hydrocortisone acetate/pramoxine</i>	67	<i>indomethacin er</i>	23
<i>hydrocortisone butyrate</i>	66	INFANRIX	37
<i>hydrocortisone sodium succinate</i>	44	INGREZZA	28
<i>hydrocortisone valerate</i>	66	INLYTA	11
<i>hydrocortisone/acetic acid</i>	61	INQOVI	11
<i>hydromorphone hcl</i>	23	INREBIC	11
<i>hydromorphone hcl er</i>	23	INTELENCE	8
<i>hydromorphone hydrochloride er</i>	23	INTRALIPID	41
<i>hydroxychloroquine sulfate</i>	6	INTRAROSA	44
<i>hydroxyurea</i>	11	INTRON A	11
<i>hydroxyzine hcl</i>	25	<i>introvale</i>	48
<i>hydroxyzine hydrochloride</i>	25	INVEGA HAFYERA	20
<i>hydroxyzine pamoate</i>	25	INVEGA SUSTENNA	20
HYFTOR	68	INVEGA TRINZA	20
<i>ibandronate sodium</i>	34	INVELTYS	61
IBRANCE	11	IPOL INACTIVATED IPV	37
<i>ibu</i>	23	<i>ipratropium bromide</i>	52
		<i>ipratropium bromide/albuterol sulfate</i>	53
		<i>irbesartan</i>	56
		<i>irbesartan/hydrochlorothiazide</i>	56
		IRESSA	12
		ISENTRESS	8

ID de formulario: 24517, Versión: 20, Fecha efectiva: 12/01/2024

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
ISENTRESS HD	8	KENALOG-10	44
<i>isoniazid</i>	5	KERENDIA	56
<i>isosorbide dinitrate</i>	57	KESIMPTA	33
<i>isosorbide dinitrate/hydralazine</i>	57	<i>ketoconazole</i>	6
<i>hydrochloride</i>		<i>ketoconazole</i>	65
<i>isosorbide mononitrate</i>	57	KETODAN	65
<i>isosorbide mononitrate er</i>	57	<i>ketoprofen</i>	23
<i>isotonic gentamicin</i>	4	<i>ketoprofen er</i>	23
<i>isotretinoin</i>	68	<i>ketorolac tromethamine</i>	61
<i>isradipine</i>	55	KINERET	31
<i>itraconazole</i>	6	KINRIX	37
<i>ivabradine hydrochloride</i>	57	KISQALI	12
<i>ivermectin</i>	5	KISQALI FEMARA 200 DOSE	51
<i>ivermectin</i>	65	KISQALI FEMARA 400 DOSE	51
IWILFIN	12	KISQALI FEMARA 600 DOSE	51
IXCHIQ	37	<i>klayesta</i>	16
IXIARO	37	KLISYRI	68
JAKAFI	12	<i>klor-con</i>	43
<i>jantoven</i>	38	<i>klor-con 10</i>	43
JANUMET	45	<i>klor-con 8</i>	43
JANUMET XR	45	<i>klor-con m10</i>	43
JANUVIA	45	<i>klor-con m15</i>	43
JARDIANCE	45	<i>klor-con m20</i>	43
JAYPIRCA	12	<i>klor-con/ef</i>	43
JENTADUETO	45	KORLYM	45
JENTADUETO XR	45	KOSELUGO	12
<i>jinteli</i>	51	<i>kourzeq</i>	16
<i>joyeaux</i>	48	<i>k-prime</i>	43
JULUCA	8	KRAZATI	12
<i>junel 1.5/30</i>	48	KRISTALOSE	42
<i>junel 1/20</i>	48	KYNMOBI	18
<i>junel fe 1.5/30</i>	49	KYPROLIS	12
<i>junel fe 1/20</i>	49	<i>labetalol hydrochloride</i>	55
<i>junel fe 24</i>	49	<i>lacosamide</i>	26
JUXTAPID	54	<i>lactated ringers</i>	43
JYLAMVO	12	<i>lactulose</i>	42
JYNNEOS	37	LAGEVRIO	8
KALYDECO	30	<i>lamivudine</i>	8
<i>kariva</i>	49	<i>lamivudine/zidovudine</i>	8
<i>kcl 0.075%/d5w/nacl 0.45%</i>	43	<i>lamotrigine</i>	26
<i>kcl 0.15%/d5w/nacl 0.2%</i>	43	<i>lamotrigine er</i>	26
<i>kcl 0.15%/d5w/nacl 0.45%</i>	43	<i>lamotrigine odt</i>	26
<i>kcl 0.15%/d5w/nacl 0.9%</i>	43	<i>lamotrigine starter kit/blue</i>	26
<i>kcl 0.3%/d5w/nacl 0.45%</i>	43	<i>lamotrigine starter kit/green</i>	26
<i>kcl 0.3%/d5w/nacl 0.9%</i>	43	<i>lamotrigine starter kit/orange</i>	26
<i>kelnor 1/35</i>	49	<i>lamotrigine titration</i>	26

ID de formulario: 24517, Versión: 20, Fecha efectiva: 12/01/2024

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>lanreotide acetate</i>	48	<i>levora 0.15/30-28</i>	49
<i>lansoprazole</i>	58	<i>levorphanol tartrate</i>	23
<i>lansoprazole/amoxicillin/clarithromycin</i>	58	<i>levo-t</i>	46
LANTUS	45	<i>levothyroxine sodium</i>	47
LANTUS SOLOSTAR	45	<i>levoxyl</i>	47
<i>lapatinib ditosylate</i>	12	LEXIVA	8
<i>larin 1.5/30</i>	49	<i>l-glutamine</i>	35
<i>larin 1/20</i>	49	LIBERVANT	26
<i>larin fe 1.5/30</i>	49	<i>lidocaine</i>	67
<i>larin fe 1/20</i>	49	<i>lidocaine hcl</i>	16
<i>latanoprost</i>	60	<i>lidocaine hcl</i>	36
LAZANDA	23	<i>lidocaine hcl jelly</i>	16
LAZCLUZE	12	<i>lidocaine hydrochloride</i>	16
<i>leflunomide</i>	31	<i>lidocaine hydrochloride</i>	36
<i>lenalidomide</i>	12	<i>lidocaine hydrochloride</i>	67
LENVIMA 10 MG DAILY DOSE	12	<i>lidocaine hydrochloride viscous</i>	62
LENVIMA 12MG DAILY DOSE	12	<i>lidocaine viscous</i>	62
LENVIMA 14 MG DAILY DOSE	12	<i>lidocaine/prilocaine</i>	67
LENVIMA 18 MG DAILY DOSE	12	<i>linezolid</i>	4
LENVIMA 20 MG DAILY DOSE	12	LINZESS	59
LENVIMA 24 MG DAILY DOSE	12	<i>liothyronine sodium</i>	47
LENVIMA 4 MG DAILY DOSE	12	<i>lisdexamfetamine dimesylate</i>	17
LENVIMA 8 MG DAILY DOSE	12	<i>lisinopril</i>	56
<i>lessina</i>	49	<i>lisinopril/hydrochlorothiazide</i>	56
<i>letrozole</i>	51	<i>lithium</i>	17
<i>leucovorin calcium</i>	34	<i>lithium carbonate</i>	17
LEUKERAN	12	<i>lithium carbonate er</i>	17
<i>leuprolide acetate</i>	50	LIVALO	54
<i>levabuterol</i>	53	LIVMARLI	58
<i>levabuterol hcl</i>	53	LIVMARLI	59
<i>levabuterol hydrochloride</i>	53	LIVTENCITY	8
<i>levabuterol tartrate hfa</i>	53	LO LOESTRIN FE	49
LEVEMIR	45	LOKELMA	42
LEVEMIR FLEXPEN	45	LONHALA MAGNAIR REFILL KIT	52
LEVEMIR FLEXTOUCH	45	LONHALA MAGNAIR STARTER KIT	52
<i>levetiracetam</i>	26	LONSURF	12
<i>levetiracetam er</i>	26	<i>loperamide hcl</i>	57
<i>levobunolol hcl</i>	60	<i>lopinavir/ritonavir</i>	8
<i>levocarnitine</i>	35	<i>lorazepam</i>	25
<i>levocetirizine dihydrochloride</i>	36	<i>lorazepam intensol</i>	25
<i>levofloxacin</i>	4	LOBRENA	12
<i>levofloxacin</i>	62	<i>losartan potassium</i>	56
<i>levofloxacin in d5w</i>	4	<i>losartan potassium/hydrochlorothiazide</i>	56
<i>levonest</i>	49	LOTEMAX	61
<i>levonorgestrel and ethinyl estradiol</i>	49	<i>loteprednol etabonate</i>	61
<i>levonorgestrel/ethinyl estradiol</i>	49	<i>lovastatin</i>	54

ID de formulario: 24517, Versión: 20, Fecha efectiva: 12/01/2024

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>loxapine</i>	20	<i>mesalamine dr</i>	58
<i>lubiprostone</i>	59	<i>mesalamine er</i>	58
LUMAKRAS	12	MESNEX	34
LUMIGAN	60	<i>metformin hydrochloride</i>	45
LUPRON DEPOT (1-MONTH)	50	<i>metformin hydrochloride er</i>	45
LUPRON DEPOT (3-MONTH)	50	<i>methadone hcl</i>	24
LUPRON DEPOT (4-MONTH)	50	<i>methamphetamine hcl</i>	17
LUPRON DEPOT (6-MONTH)	50	<i>methazolamide</i>	60
<i>lurasidone hydrochloride</i>	20	<i>methenamine hippurate</i>	5
LYBALVI	20	<i>methenamine mandelate</i>	5
LYNPARZA	13	<i>methimazole</i>	47
LYSODREN	13	<i>methotrexate</i>	13
LYTGOBI	13	<i>methotrexate sodium</i>	13
<i>magnesium sulfate</i>	27	<i>methsuximide</i>	27
<i>malathion</i>	65	<i>methylphenidate hydrochloride</i>	17
<i>maraviroc</i>	8	<i>methylphenidate hydrochloride cd</i>	17
<i>marlissa</i>	49	<i>methylphenidate hydrochloride er</i>	17
MARPLAN	20	<i>methylphenidate hydrochloride er (la)</i>	17
MATULANE	13	<i>methylprednisolone</i>	44
<i>matzim la</i>	55	<i>methylprednisolone acetate</i>	44
MAVYRET	8	<i>methylprednisolone dose pack</i>	44
MAXIDEX	61	<i>metoclopramide hcl</i>	58
MAYZENT	33	<i>metoclopramide hydrochloride</i>	58
MAYZENT STARTER PACK	33	<i>metoclopramide odt</i>	58
<i>meclizine hcl</i>	59	<i>metolazone</i>	42
<i>meclofenamate sodium</i>	24	<i>metoprolol succinate er</i>	55
MEDROL	44	<i>metoprolol tartrate</i>	55
<i>medroxyprogesterone acetate</i>	50	<i>metoprolol/hydrochlorothiazide</i>	55
<i>mefenamic acid</i>	24	<i>metronidazole</i>	6
<i>mefloquine hcl</i>	6	<i>metronidazole</i>	65
<i>megestrol acetate</i>	50	<i>metronidazole vaginal</i>	65
MEKINIST	13	<i>metyrosine</i>	35
MEKTOVI	13	<i>mexiletine hcl</i>	57
<i>meloxicam</i>	24	<i>mibelas 24 fe</i>	49
<i>memantine hcl titration pak</i>	18	<i>micalfungin</i>	6
<i>memantine hydrochloride</i>	18	<i>miconazole 3</i>	65
<i>memantine hydrochloride er</i>	18	<i>microgestin 1.5/30</i>	49
MENACTRA	37	<i>microgestin 1/20</i>	49
MENEST	51	<i>microgestin fe 1.5/30</i>	49
MENOSTAR	51	<i>microgestin fe 1/20</i>	49
MENQUADFI	37	<i>midodrine hcl</i>	53
MENTAX	65	<i>mifepristone</i>	45
MENVEO	37	<i>miglitol</i>	45
<i>mercaptapurine</i>	13	<i>miglustat</i>	35
<i>meropenem</i>	4	MILLIPRED	44
<i>mesalamine</i>	58	<i>mimvey</i>	51

ID de formulario: 24517, Versión: 20, Fecha efectiva: 12/01/2024

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>minocycline hcl</i>	4	<i>naproxen sodium er</i>	24
<i>minocycline hydrochloride</i>	4	<i>naratriptan hcl</i>	17
<i>minoxidil</i>	40	NATACYN	62
<i>mirabegron er</i>	64	<i>nateglinide</i>	45
<i>mirtazapine</i>	20	NATPARA	46
<i>mirtazapine odt</i>	20	NAYZILAM	27
<i>misoprostol</i>	58	<i>nebivolol hydrochloride</i>	55
M-M-R II	37	<i>necon 0.5/35-28</i>	49
<i>modafinil</i>	17	<i>nefazodone hydrochloride</i>	21
<i>moexipril hcl</i>	56	<i>neomycin sulfate</i>	4
<i>molindone hydrochloride</i>	20	<i>neomycin/bacitracin/polymyxin</i>	62
<i>mometasone furoate</i>	61	<i>neomycin/polymyxin/bacitracin/hydrocortis</i>	61
<i>mometasone furoate</i>	67	<i>one</i>	
<i>mondoxyne nl</i>	4	<i>neomycin/polymyxin/dexamethasone</i>	61
<i>montelukast sodium</i>	29	<i>neomycin/polymyxin/gramicidin</i>	62
<i>morphine sulfate</i>	24	<i>neomycin/polymyxin/hc</i>	61
<i>morphine sulfate er</i>	24	<i>neomycin/polymyxin/hydrocortisone</i>	61
MOUNJARO	45	<i>neo-polycin</i>	62
MOVANTIK	59	<i>neo-polycin hc</i>	61
<i>moxifloxacin hydrochloride/sodium</i>	4	NERLYNX	13
<i>hydrochloride</i>		NEUAC	65
<i>moxifloxacin hydrochloride</i>	4	NEULASTA	39
<i>moxifloxacin hydrochloride</i>	62	NEULASTA ONPRO KIT	39
MOZOBIL	39	NEUPRO	18
MRESVIA	37	<i>nevirapine</i>	8
MULTAQ	57	<i>nevirapine er</i>	8
<i>mupirocin</i>	65	NEXLETOL	54
<i>mycophenolate mofetil</i>	34	NEXLIZET	54
<i>mycophenolic acid dr</i>	34	<i>niacin</i>	69
MYFEMBREE	50	<i>niacin er</i>	54
MYORISAN	68	<i>niacor</i>	69
MYRBETRIQ	64	<i>nicardipine hcl</i>	55
<i>nabumetone</i>	24	NICOTROL INHALER	53
<i>nadolol</i>	55	NICOTROL NS	53
<i>nafcillin sodium</i>	4	<i>nifedipine</i>	55
<i>naftifine hcl</i>	65	<i>nifedipine er</i>	55
<i>naftifine hydrochloride</i>	16	<i>nikki</i>	49
<i>naftifine hydrochloride</i>	65	<i>nilutamide</i>	13
<i>naloxone hcl</i>	40	<i>nimodipine</i>	55
<i>naloxone hydrochloride</i>	40	NINLARO	13
<i>naltrexone hcl</i>	40	<i>nisoldipine er</i>	55
NAMZARIC	18	<i>nitazoxanide</i>	6
<i>naproxen</i>	24	<i>nitisinone</i>	35
<i>naproxen dr</i>	24	NITRO-BID	57
<i>naproxen sodium</i>	24	<i>nitrofurantoin macrocrystals</i>	5
<i>naproxen sodium cr</i>	24	<i>nitrofurantoin monohydrate/macrocrystals</i>	5

ID de formulario: 24517, Versión: 20, Fecha efectiva: 12/01/2024

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>nitroglycerin</i>	16	OCTAGAM	37
<i>nitroglycerin</i>	57	<i>octreotide acetate</i>	48
<i>nitroglycerin transdermal</i>	57	ODEFSEY	8
NIVA THYROID	47	ODOMZO	13
<i>nizatidine</i>	58	OFEV	28
NORDITROPIN FLEXPPO	47	<i>ofloxacin</i>	4
<i>norelgestromin/ethinyl estradiol</i>	49	<i>ofloxacin</i>	62
<i>norethindrone & ethinyl estradiol ferrous fumarate</i>	49	OGSIVEO	13
<i>norethindrone acetate</i>	50	OJEMDA	13
<i>norethindrone acetate/ethinyl estradiol</i>	51	OJJAARA	13
<i>norethindrone acetate/ethinyl estradiol/ferrous fumarate</i>	49	<i>olanzapine</i>	21
NORPACE CR	57	<i>olanzapine odt</i>	21
<i>nortrel 0.5/35 (28)</i>	49	<i>olanzapine/fluoxetine</i>	21
<i>nortrel 1/35</i>	49	<i>olmesartan medoxomil</i>	56
<i>nortrel 7/7/7</i>	49	<i>olmesartan</i>	55
<i>nortriptyline hcl</i>	21	<i>medoxomil/amlodipine/hydrochlorothiazide</i>	
<i>nortriptyline hydrochloride</i>	21	<i>olmesartan medoxomil/hydrochlorothiazide</i>	56
NORVIR	8	<i>olopatadine hcl</i>	60
NOURIANZ	18	<i>olopatadine hydrochloride</i>	60
NOXAFIL	6	<i>omega-3-acid ethyl esters</i>	54
<i>np thyroid 120</i>	47	<i>omeprazole</i>	58
<i>np thyroid 15</i>	47	<i>omeprazole dr</i>	58
<i>np thyroid 30</i>	47	<i>omeprazole/sodium bicarbonate</i>	58
<i>np thyroid 60</i>	47	OMNIPOD 5 DEXCOM G7G6 INTRO KIT	63
<i>np thyroid 90</i>	47	(GEN 5)	
NUBEQA	13	OMNIPOD 5 DEXCOM G7G6 PODS	63
NUCALA	29	(GEN 5)	
NUEDEXTA	18	OMNIPOD 5 DEXG7G6 PODS (GEN 5)	63
NULOJIX	34	OMNIPOD 5 G7 INTRO KIT (GEN 5)	63
NUPLAZID	21	OMNIPOD 5 G7 PODS (GEN 5)	63
NURTEC	17	OMNIPOD 5 LIBRE2 PLUS G6	63
NUTRILIPID	41	OMNIPOD 5 LIBRE2 PLUS G6 PODS	63
NUTROPIN AQ NUSPIN 10	47	OMNIPOD CLASSIC PDM STARTER	63
NUTROPIN AQ NUSPIN 20	47	KIT (GEN 3)	
NUTROPIN AQ NUSPIN 5	47	OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3)	63
NUVESSA	65	OMNIPOD DASH INTRO KIT (GEN 4)	63
NUZYRA	4	OMNIPOD DASH PDM KIT (GEN 4)	63
<i>nyamyc</i>	65	OMNIPOD DASH PODS (GEN 4)	63
NYMALIZE	55	OMNIPOD GO 10 UNITS/DAY	63
<i>nystatin</i>	6	OMNIPOD GO 15 UNITS/DAY	63
<i>nystatin</i>	65	OMNIPOD GO 20 UNITS/DAY	63
<i>nystatin/triamcinolone</i>	67	OMNIPOD GO 25 UNITS/DAY	63
<i>nystatin/triamcinolone acetonide</i>	67	OMNIPOD GO 30 UNITS/DAY	63
<i>nystop</i>	65	OMNIPOD GO 35 UNITS/DAY	63
		OMNIPOD GO 40 UNITS/DAY	63
		OMNITROPE	47

ID de formulario: 24517, Versión: 20, Fecha efectiva: 12/01/2024

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>ondansetron hcl</i>	59	<i>oxymorphone hydrochloride</i>	24
<i>ondansetron hydrochloride</i>	59	OZEMPIC	45
<i>ondansetron odt</i>	59	<i>paclitaxel</i>	13
ONGENTYS	18	<i>paliperidone er</i>	21
ONUREG	13	PANRETIN	68
OPDIVO	13	<i>pantoprazole sodium</i>	58
<i>opium</i>	58	PANZYGA	37
<i>opium tincture</i>	58	<i>paricalcitol</i>	69
OPSUMIT	29	<i>paromomycin sulfate</i>	6
OPVEE	40	<i>paroxetine</i>	21
<i>oralone dental paste</i>	67	<i>paroxetine hcl</i>	21
ORENCIA	31	<i>paroxetine hcl er</i>	21
ORENCIA CLICKJECT	31	<i>paroxetine hydrochloride</i>	21
ORENITRAM	29	PASER	5
ORENITRAM TITRATION KIT MONTH	29	PAXLOVID	8
1		<i>pazopanib hydrochloride</i>	13
ORENITRAM TITRATION KIT MONTH	29	PEDIARIX	37
2		PEDVAX HIB	37
ORENITRAM TITRATION KIT MONTH	29	<i>peg-3350/electrolytes</i>	59
3		<i>peg-3350/electrolytes/ascorbate</i>	59
ORFADIN	35	<i>peg-3350/nacl/na bicarbonate/kcl</i>	59
ORGOVYX	50	<i>peg-3350/sodium sulf/naclpotassium cl/na</i>	59
ORILISSA	50	<i>ascorbate/ascorbic</i>	
ORKAMBI	30	PEGASYS	8
ORSERDU	13	PEMAZYRE	13
<i>oseltamivir phosphate</i>	8	PENBRAYA	37
OSMOPREP	59	<i>penciclovir</i>	65
OSPHENA	51	<i>penicillamine</i>	36
OTEZLA	32	<i>penicillin g potassium</i>	4
OTEZLA	51	<i>penicillin g potassium in iso-osmotic</i>	4
<i>oxacillin sodium</i>	4	<i>dextrose</i>	
<i>oxaprozin</i>	24	<i>penicillin g sodium</i>	4
<i>oxazepam</i>	25	<i>penicillin v potassium</i>	4
OXBRYTA	39	PENTACEL	38
<i>oxcarbazepine</i>	27	<i>pentamidine isethionate</i>	6
OXERVATE	63	<i>pentoxifylline er</i>	39
<i>oxiconazole nitrate</i>	65	<i>perindopril erbumine</i>	56
<i>oxybutynin chloride</i>	64	<i>perio gard</i>	62
<i>oxybutynin chloride er</i>	64	<i>permethrin</i>	65
<i>oxycodone hcl er</i>	24	<i>perphenazine</i>	21
<i>oxycodone hydrochloride</i>	24	<i>perphenazine/amitriptyline</i>	21
<i>oxycodone hydrochloride er</i>	24	PERSERIS	21
<i>oxycodone/acetaminophen</i>	24	<i>phenelzine sulfate</i>	21
OXYCONTIN	24	<i>phenobarbital</i>	25
<i>oxymorphone hydrochloride</i>	24	<i>phenoxybenzamine hydrochloride</i>	52
<i>oxymorphone hydrochloride er</i>	24	<i>phenytek</i>	27

ID de formulario: 24517, Versión: 20, Fecha efectiva: 12/01/2024

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>phenytoin</i>	27	<i>prednisolone</i>	44
<i>phenytoin sodium extended</i>	27	<i>prednisolone acetate</i>	61
PHOSPHOLINE IODIDE	60	<i>prednisolone sodium phosphate</i>	44
PIFELTRO	8	<i>prednisolone sodium phosphate</i>	62
<i>pilocarpine hcl</i>	60	<i>prednisolone sodium phosphate odt</i>	44
<i>pilocarpine hydrochloride</i>	52	<i>prednisone</i>	44
<i>pimecrolimus</i>	68	<i>pregabalin</i>	27
<i>pimozide</i>	21	<i>pregabalin er</i>	24
<i>pindolol</i>	55	PREHEVBRIO	38
<i>pioglitazone hcl</i>	46	PREMARIN	51
<i>pioglitazone hcl/metformin hcl</i>	46	PREMASOL	41
<i>pioglitazone hcl-glimepiride</i>	45	<i>premium lidocaine</i>	67
<i>pioglitazone hydrochloride</i>	46	PREMPHASE	51
<i>piperacillin sodium/tazobactam sodium</i>	4	PREMPRO	51
PIQRAY 200MG DAILY DOSE	13	<i>prenatal</i>	69
PIQRAY 250MG DAILY DOSE	13	<i>prevalite</i>	54
PIQRAY 300MG DAILY DOSE	13	PREVYMIS	8
<i>pirfenidone</i>	28	PREZCOBIX	8
<i>piroxicam</i>	24	PREZISTA	8
<i>pitavastatin calcium</i>	54	PRIFTIN	5
PLEGRIDY	33	<i>primaquine phosphate</i>	6
PLEGRIDY STARTER PACK	33	<i>primidone</i>	27
PLENAMINE	41	PRIORIX	38
<i>plerixafor</i>	39	PRIVIGEN	37
<i>podofilox</i>	16	PROAIR RESPICLICK	53
<i>podofilox</i>	68	<i>probenecid</i>	42
<i>polycin</i>	62	<i>probenecid/colchicine</i>	42
<i>polymyxin b sulfate/trimethoprim sulfate</i>	62	<i>prochlorperazine</i>	21
POMALYST	13	<i>prochlorperazine edisylate</i>	21
<i>portia-28</i>	49	<i>prochlorperazine maleate</i>	21
<i>posaconazole</i>	6	PROCRIT	39
<i>posaconazole dr</i>	6	PROCTOFOAM HC	16
<i>potassium chloride</i>	43	<i>procto-med hc</i>	67
<i>potassium chloride er</i>	43	<i>procto-pak</i>	67
<i>potassium chloride/dextrose/sodium chloride</i>	43	<i>proctosol hc</i>	67
<i>potassium citrate er</i>	40	<i>proctozone-hc</i>	67
PRALUENT	54	<i>progesterone</i>	50
<i>pramipexole dihydrochloride</i>	18	PROGRAF	34
<i>pramipexole dihydrochloride er</i>	18	PROLASTIN-C	29
<i>prasugrel hydrochloride</i>	38	PROLENSA	62
<i>pravastatin sodium</i>	54	PROLIA	34
<i>praziquantel</i>	5	PROMACTA	39
<i>prazosin hydrochloride</i>	54	<i>promethazine hcl</i>	36
PRED MILD	61	<i>promethazine hydrochloride</i>	36
<i>prednicarbate</i>	67	<i>promethazine hydrochloride plain</i>	36
		<i>promethazine vc/codeine</i>	29

ID de formulario: 24517, Versión: 20, Fecha efectiva: 12/01/2024

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>promethazine/codeine</i>	30	REBIF TITRATION PACK	33
<i>promethazine/phenylephrine/codeine</i>	30	RECOMBIVAX HB	38
<i>propafenone hcl</i>	57	RECTIV	68
<i>propafenone hydrochloride</i>	57	REGANEX	68
<i>propafenone hydrochloride er</i>	57	RELENZA DISKHALER	8
<i>propranolol hcl</i>	55	RELISTOR	59
<i>propranolol hcl er</i>	55	RELYVRIO	19
<i>propranolol hydrochloride</i>	55	<i>repaglinide</i>	46
<i>propranolol hydrochloride er</i>	55	REPATHA	54
<i>propylthiouracil</i>	47	REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM	54
PROQUAD	38	REPATHA SURECLICK	54
PROSOL	41	RESTASIS	62
<i>protriptyline hcl</i>	21	RESTASIS MULTIDOSE	62
PULMOZYME	29	RETACRIT	39
PURIXAN	13	RETEVMO	13
PYLERA	58	RETIN-A MICRO	30
<i>pyrazinamide</i>	5	RETIN-A MICRO PUMP	67
<i>pyridostigmine bromide</i>	52	REVCovi	40
<i>pyridostigmine bromide er</i>	52	REVLIMID	14
<i>pyrimethamine</i>	6	REXULTI	21
PYRUKYND	39	REYATAZ	9
PYRUKYND TAPER PACK	39	REZLIDHIA	14
QINLOCK	13	REZUROCK	35
QUADRACEL	37	RHOPRESSA	60
<i>quetiapine fumarate</i>	21	<i>ribavirin</i>	9
<i>quetiapine fumarate er</i>	21	RIDAURA	40
<i>quinapril hydrochloride</i>	56	<i>rifabutin</i>	5
<i>quinapril/hydrochlorothiazide</i>	56	<i>rifampin</i>	5
<i>quinidine gluconate cr</i>	57	<i>riluzole</i>	19
<i>quinidine sulfate</i>	57	<i>rimantadine hydrochloride</i>	9
<i>quinine sulfate</i>	6	RINVOQ	32
QVAR REDIHALER	44	RINVOQ LQ	51
RABAVERT	38	<i>risedronate sodium</i>	34
<i>rabeprazole sodium</i>	58	<i>risedronate sodium dr</i>	34
RADICAVA ORS	19	RISPERDAL CONSTA	21
RADICAVA ORS STARTER KIT	19	<i>risperidone</i>	21
<i>raloxifene hydrochloride</i>	51	<i>risperidone er</i>	21
<i>ramelteon</i>	25	<i>risperidone odt</i>	21
<i>ramipril</i>	56	<i>ritonavir</i>	9
<i>ranolazine er</i>	57	<i>rivastigmine tartrate</i>	52
<i>rasagiline mesylate</i>	18	<i>rivastigmine transdermal system</i>	52
RASUVO	32	<i>rizatriptan benzoate</i>	17
RAYALDEE	69	<i>rizatriptan benzoate odt</i>	17
REBIF	33	ROCKLATAN	61
REBIF REBIDOSE	33	<i>roflumilast</i>	30
REBIF REBIDOSE TITRATION PACK	33	<i>ropinirole er</i>	18

ID de formulario: 24517, Versión: 20, Fecha efectiva: 12/01/2024

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>ropinirole hcl</i>	18	SKYRIZI PEN	68
<i>ropinirole hydrochloride</i>	18	<i>sodium chloride</i>	43
<i>rosadan</i>	65	<i>sodium chloride 0.45%</i>	43
<i>rosuvastatin calcium</i>	54	<i>sodium chloride 0.9%</i>	43
ROTARIX	38	<i>sodium fluoride</i>	32
ROTATEQ	38	<i>sodium fluoride 5000 plus</i>	32
<i>roweepra</i>	27	<i>sodium fluoride 5000 ppm</i>	32
ROZLYTREK	14	<i>sodium oxybate</i>	19
RUBRACA	14	<i>sodium phenylbutyrate</i>	42
<i>rufinamide</i>	27	<i>sodium polystyrene sulfonate</i>	42
RUKOBIA	9	<i>sodium sulfate/potassium sulfate/magnesium sulfate</i>	59
RYBELSUS	46	<i>solifenacin succinate</i>	64
RYDAPT	14	SOLOSEC	6
RYTARY	18	SOLTAMOX	51
SAJAZIR	35	SOLU-CORTEF	44
<i>salsalate</i>	24	SOMATULINE DEPOT	48
SANTYL	68	SOMAVERT	47
<i>sapropterin dihydrochloride</i>	35	<i>sorafenib</i>	14
SAVELLA	18	<i>sorafenib tosylate</i>	14
SAVELLA TITRATION PACK	18	<i>sorine</i>	56
SCSEMBLIX	14	<i>sotalol hcl</i>	56
<i>scopolamine</i>	59	<i>sotalol hydrochloride (af)</i>	56
SECUADO	21	SPIRIVA RESPIMAT	52
<i>selegiline hcl</i>	18	<i>spironolactone</i>	56
<i>selenium sulfide</i>	65	<i>spironolactone/hydrochlorothiazide</i>	56
SELZENTRY	9	SPRITAM	27
SEREVENT DISKUS	53	SPRYCEL	14
SEROSTIM	47	<i>sps</i>	42
<i>sertraline hcl</i>	21	<i>ssd</i>	65
<i>sertraline hydrochloride</i>	21	STAMARIL	38
<i>sevelamer carbonate</i>	42	STELARA	68
<i>sevelamer hydrochloride</i>	42	<i>sterile water for irrigation</i>	43
<i>sf 5000 plus</i>	32	STIOLTO RESPIMAT	52
<i>sharobel</i>	49	STIVARGA	14
SHINGRIX	38	<i>streptomycin sulfate</i>	4
SIGNIFOR	48	STRIBILD	9
<i>sildenafil citrate</i>	57	STRIVERDI RESPIMAT	53
<i>silodosin</i>	52	SUBSYS	24
<i>silver sulfadiazine</i>	65	<i>subvenite</i>	27
SIMBRINZA	61	<i>subvenite starter kit/blue</i>	27
<i>simvastatin</i>	54	<i>subvenite starter kit/green</i>	27
<i>sirolimus</i>	34	<i>subvenite starter kit/orange</i>	27
SIRTURO	5	SUCRAID	40
SIVEXTRO	4	<i>sucrafate</i>	58
SKYRIZI	59	<i>sulfacetamide sodium</i>	62
SKYRIZI	68		

ID de formulario: 24517, Versión: 20, Fecha efectiva: 12/01/2024

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>sulfacetamide sodium</i>	65	TAZORAC	69
<i>sulfacetamide sodium/prednisolone sodium phosphate</i>	62	<i>taztia xt</i>	55
<i>sulfadiazine</i>	4	TAZVERIK	14
<i>sulfamethoxazole/trimethoprim</i>	4	<i>tdvax</i>	37
<i>sulfamethoxazole/trimethoprim ds</i>	4	<i>techlite insulin syringe u-100/0.5ml/30g x 1/2"</i>	63
SULFAMYLON	65	<i>techlite pen needles 29g x 10mm</i>	63
<i>sulfasalazine</i>	4	TEFLARO	4
<i>sulindac</i>	24	TEGSEDI	35
<i>sumatriptan</i>	17	TEKTRUNA HCT	56
<i>sumatriptan succinate</i>	17	<i>telmisartan</i>	56
<i>sumatriptan succinate refill</i>	17	<i>telmisartan/amlodipine</i>	55
<i>sunitinib malate</i>	14	<i>telmisartan/hydrochlorothiazide</i>	56
SUNLENCA	9	<i>temazepam</i>	25
SUNOSI	17	TEMIXYS	9
SUPRAX	4	TENIVAC	37
SYMDEKO	30	<i>tenofovir disoproxil fumarate</i>	9
SYMLINPEN 120	46	TEPMETKO	15
SYMLINPEN 60	46	<i>terazosin hcl</i>	54
SYMPAZAN	27	<i>terazosin hydrochloride</i>	54
SYMTUZA	9	<i>terbinafine hcl</i>	6
SYNAREL	50	<i>terbutaline sulfate</i>	53
SYNJARDY	46	<i>terconazole</i>	65
SYNJARDY XR	46	<i>teriflunomide</i>	33
SYNRIBO	14	<i>teriparatide</i>	46
SYNTHROID	47	<i>testosterone</i>	48
TABLOID	14	<i>testosterone cypionate</i>	48
TABRECTA	14	<i>testosterone enanthate</i>	48
<i>tacrolimus</i>	34	<i>testosterone pump</i>	48
<i>tacrolimus</i>	68	<i>tetrabenazine</i>	28
<i>tadalafil</i>	57	<i>tetracycline hydrochloride</i>	4
TAFINLAR	14	THALOMID	33
<i>tafluprost</i>	61	<i>theophylline</i>	64
TAGRISSE	14	<i>theophylline er</i>	64
TALZENNA	14	THIOLA EC	35
<i>tamoxifen citrate</i>	51	<i>thioridazine hcl</i>	21
<i>tamsulosin hydrochloride</i>	52	<i>thiothixene</i>	21
<i>tarina fe 1/20 eq</i>	49	THYQUIDITY	47
TASIGNA	14	THYROID	47
<i>tasimelteon</i>	25	<i>tiadylt er</i>	55
TAVALISSE	39	<i>tiagabine hydrochloride</i>	27
TAVNEOS	35	TIBSOVO	15
<i>taysofy</i>	49	TICOVAC	38
<i>tazarotene</i>	16	<i>timolol maleate</i>	56
<i>tazarotene</i>	68	<i>timolol maleate</i>	61
<i>tazicef</i>	4	<i>timolol maleate ophthalmic gel forming</i>	61

ID de formulario: 24517, Versión: 20, Fecha efectiva: 12/01/2024

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>tinidazole</i>	7	<i>triamcinolone acetonide</i>	44
<i>tiopronin dr</i>	35	<i>triamcinolone acetonide</i>	67
TIROSINT-SOL	47	<i>triamcinolone acetonide dental paste</i>	67
TIVICAY	9	<i>triamterene/hydrochlorothiazide</i>	42
TIVICAY PD	9	TRIANEX	67
<i>tizanidine hcl</i>	53	<i>triazolam</i>	25
<i>tizanidine hydrochloride</i>	53	<i>triderm</i>	67
TOBI PODHALER	4	<i>trientine hydrochloride</i>	36
TOBRADEX	62	<i>trifluoperazine hcl</i>	22
TOBRADEX ST	62	<i>trifluoperazine hydrochloride</i>	22
<i>tobramycin</i>	5	<i>trifluridine</i>	62
<i>tobramycin</i>	62	<i>trihexyphenidyl hcl</i>	18
<i>tobramycin sulfate</i>	5	<i>trihexyphenidyl hydrochloride</i>	18
<i>tobramycin/dexamethasone</i>	62	TRIKAFTA	30
<i>tolterodine tartrate</i>	64	<i>trimethoprim</i>	5
<i>tolterodine tartrate er</i>	64	<i>trimipramine maleate</i>	22
<i>topiramate</i>	27	TRINTELLIX	22
<i>topiramate er</i>	27	<i>tri-sprintec</i>	49
<i>toremifene citrate</i>	51	TRITOCIN	67
<i>torseamide</i>	42	TRIUMEQ	9
TOUJEO MAX SOLOSTAR	46	TRIUMEQ PD	9
TOUJEO SOLOSTAR	46	<i>trivora-28</i>	49
TOVET	67	TRIZIVIR	9
TRACLEER	29	TROPHAMINE	41
TRADJENTA	46	<i>trospium chloride</i>	64
<i>tramadol hcl er</i>	24	<i>trospium chloride er</i>	64
<i>tramadol hydrochloride</i>	25	<i>trueplus insulin syringe /u-100/1ml/29g x</i>	63
<i>tramadol hydrochloride er</i>	25	<i>1/2"</i>	
<i>tramadol hydrochloride/acetaminophen</i>	25	<i>trueplus pen needles 29gx12mm</i>	63
<i>trandolapril</i>	56	TRULICITY	46
<i>trandolapril/verapamil hcl er</i>	55	TRUMENBA	38
<i>tranexamic acid</i>	38	TRUQAP	15
<i>tranylcyromine sulfate</i>	21	TRUSELTIQ	15
TRAVASOL	41	TUKYSA	15
<i>travoprost</i>	61	TURALIO	15
<i>trazodone hydrochloride</i>	22	<i>turqoz</i>	49
TRECTOR	5	TWINRIX	38
TRELEGY ELLIPTA	44	<i>tyblume</i>	49
TRELSTAR MIXJECT	50	TYBOST	35
TRESIBA	46	TYMLOS	46
TRESIBA FLEXTOUCH	46	TYPHIM VI	38
<i>tretinoin</i>	15	UBRELVY	17
<i>tretinoin</i>	67	UCERIS	67
<i>tretinoin microsphere</i>	30	UDENYCA	39
<i>tretinoin microsphere</i>	67	UDENYCA ONBODY	39
TREXALL	15	<i>unithroid</i>	47

ID de formulario: 24517, Versión: 20, Fecha efectiva: 12/01/2024

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
UPTRAVI	29	VERZENIO	15
UPTRAVI TITRATION PACK	29	VIBRAMYCIN	5
<i>ursodiol</i>	58	VICTOZA	46
<i>valacyclovir hydrochloride</i>	9	<i>vigabatrin</i>	27
VALCHLOR	69	<i>vigadrone</i>	27
<i>valganciclovir</i>	9	VIGAFYDE	27
<i>valganciclovir hydrochloride</i>	9	<i>vigpoder</i>	27
<i>valproic acid</i>	27	VIIBRYD STARTER PACK	22
<i>valsartan</i>	56	VIJOICE	35
<i>valsartan/hydrochlorothiazide</i>	56	<i>vilazodone hydrochloride</i>	22
VALTOCO 10 MG DOSE	27	VIRACEPT	9
VALTOCO 15 MG DOSE	27	VIREAD	9
VALTOCO 20 MG DOSE	27	<i>vitamin d</i>	69
VALTOCO 5 MG DOSE	27	VITRAKVI	15
<i>vancomycin</i>	5	VIVITROL	40
<i>vancomycin hcl</i>	5	VIZIMPRO	15
<i>vancomycin hydrochloride</i>	5	VONJO	15
VANFLYTA	15	VORANIGO	15
VAQTA	38	<i>voriconazole</i>	6
<i>ardenafil hydrochloride</i>	57	VOSEVI	9
<i>ardenafil hydrochloride odt</i>	57	VOTRIENT	15
<i>varenicline starting month</i>	53	VOXZOGO	35
<i>varenicline tartrate</i>	53	VRAYLAR	22
<i>varenicline tartrate</i>	53	VUMERITY	33
VARIVAX	38	<i>vyfemla</i>	49
VARIZIG	37	VYNDAMAX	35
VASCEPA	54	VYNDAQEL	36
VAXCHORA	38	VYVANSE	17
<i>velivet</i>	49	VYZULTA	61
VELPHORO	42	<i>warfarin sodium</i>	38
VELTASSA	42	WELIREG	15
VEMLIDY	9	WINLEVI	69
VENCLEXTA	15	<i>wixela inhub</i>	53
VENCLEXTA STARTING PACK	15	XALKORI	15
<i>venlafaxine besylate er</i>	22	XARELTO	39
<i>venlafaxine hcl er</i>	22	XARELTO STARTER PACK	39
<i>venlafaxine hydrochloride</i>	22	XATMEP	15
<i>venlafaxine hydrochloride er</i>	22	XCOPRI	27
VENTAVIS	29	XDEMVI	62
<i>verapamil hcl</i>	55	XELJANZ	32
<i>verapamil hcl er</i>	55	XELJANZ XR	32
<i>verapamil hcl sr</i>	55	XENLETA	5
<i>verapamil hydrochloride</i>	55	XERMELLO	58
<i>verapamil hydrochloride er</i>	55	XGEVA	34
VERQUVO	57	XIFAXAN	5
VERSACLOZ	22	XIGDUO XR	46

ID de formulario: 24517, Versión: 20, Fecha efectiva: 12/01/2024

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
XOFLUZA	9	ZORBTIVE	48
XOLAIR	29	ZOSYN	5
XOSPATA	15	<i>zovia 1/35</i>	49
XPOVIO	15	ZTALMY	27
XPOVIO 100 MG ONCE WEEKLY	15	ZURZUVAE	22
XPOVIO 40 MG ONCE WEEKLY	15	ZYDELIG	16
XPOVIO 40 MG TWICE WEEKLY	15	ZYKADIA	16
XPOVIO 60 MG ONCE WEEKLY	15	ZYLET	62
XPOVIO 60 MG TWICE WEEKLY	15	ZYPREXA RELPREVV	22
XPOVIO 80 MG ONCE WEEKLY	15		
XPOVIO 80 MG TWICE WEEKLY	15		
XTANDI	16		
<i>xulane</i>	49		
XYOSTED	48		
<i>yargesa</i>	36		
YERVOY	16		
YF-VAX	38		
YONSA	16		
YUPELRI	52		
<i>yuvafem</i>	51		
<i>zafemy</i>	49		
<i>zafirlukast</i>	29		
<i>zaleplon</i>	25		
ZARXIO	39		
ZEJULA	16		
ZELBORAF	16		
ZENATANE	69		
ZENPEP	59		
ZEPOSIA	33		
ZEPOSIA 7-DAY STARTER PACK	33		
ZEPOSIA STARTER KIT	33		
ZERBAXA	5		
<i>zidovudine</i>	9		
ZIEXTENZO	39		
<i>zileuton er</i>	29		
<i>ziprasidone hcl</i>	22		
<i>ziprasidone mesylate</i>	22		
ZIRGAN	62		
<i>zoledronic acid</i>	34		
ZOLINZA	16		
<i>zolmitriptan</i>	17		
<i>zolmitriptan odt</i>	17		
<i>zolpidem tartrate</i>	25		
<i>zolpidem tartrate er</i>	25		
ZONISADE	27		
<i>zonisamide</i>	27		

ID de formulario: 24517, Versión: 20, Fecha efectiva: 12/01/2024

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento.

a Point32Health company

Multi-language Interpreter Services

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-800-701-9000 (HMO)/1-866-623-0172 (PPO). Someone who speaks English can help you. This is a free service.

Spanish: Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-800-701-9000 (HMO)/1-866-623-0172 (PPO).

Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin: 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 1-800-701-9000 (HMO)/1-866-623-0172 (PPO)。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

Chinese Cantonese: 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 1-800-701-9000 (HMO)/1-866-623-0172 (PPO)。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

Tagalog: Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-800-701-9000 (HMO)/1-866-623-0172 (PPO). Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

French: Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-800-701-9000 (HMO)/1-866-623-0172 (PPO). Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi 1-800-701-9000 (HMO)/1-866-623-0172 (PPO) sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

German: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-800-701-9000 (HMO)/1-866-623-0172 (PPO). Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-800-701-9000 (HMO)/1-866-623-0172 (PPO)번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Russian: Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-800-701-9000 (HMO)/1-866-623-0172 (PPO). Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Arabic: إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، سيقوم شخص ما يتحدث العربية (PPO) 1-800-701-9000 (HMO)/1-866-623-0172 ليس عليك سوى الاتصال بنا على بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं. एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-800-701-9000 (HMO)/1-866-623-0172 (PPO) पर फोन करें. कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है. यह एक मुफ्त सेवा है.

Italian: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-800-701-9000 (HMO)/1-866-623-0172 (PPO). Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portugués: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-800-701-9000 (HMO)/1-866-623-0172 (PPO). Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-800-701-9000 (HMO)/1-866-623-0172 (PPO). Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish: Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-800-701-9000 (HMO)/1-866-623-0172 (PPO). Ta usługa jest bezpłatna.

Japanese: 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、1-800-701-9000 (HMO)/1-866-623-0172 (PPO)にお電話ください。日本語を話す人者が支援いたします。これは無料のサービスです。

Y0065_2023_138_C



Este formulario se actualizó el 1 de diciembre de 2024. Para obtener información más reciente o hacer otras preguntas, comuníquese con Servicios para Miembros de Tufts Medicare Preferred HMO al **1-800-701-9000** (los usuarios de TTY deben llamar al 711), de 8 a.m. a 8 p.m., 7 días a la semana desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo y de lunes a viernes desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, o visite **www.thpmp.org**.



1 Wellness Way
Canton, MA 02021

Tufts Health Plan cumple con las leyes federales vigentes sobre derechos civiles y no discrimina por motivos de raza, color, origen étnico, edad, discapacidad o sexo (incluso embarazo, orientación sexual e identidad de género). ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-855-670-5934 (TTY: 711).