



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 19

Este formulario se actualizó el 1 de noviembre 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 noviembre 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 noviembre 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..... | 35 |
| 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 | 39 |
| 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 | 59 |
| Preparaciones para ojos, oídos, nariz y garganta | 60 |
| Recursos | 62 |
| Relajantes musculares suaves..... | 63 |
| Skin and Mucous Membrane Preparations..... | 64 |
| Vitamina..... | 69 |
| Vitaminas | 69 |

ID de formulario: 24517, Versión: 19, Fecha efectiva: 11/01/2024

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: 19, Fecha efectiva: 11/01/2024

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: 19, Fecha efectiva: 11/01/2024

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>mondoxylene 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: 19, Fecha efectiva: 11/01/2024

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: 19, Fecha efectiva: 11/01/2024

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>casposfungin acetate inj 70mg</i> | 4 | |
| <i>casposfungin 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 |
| Antiprotzoarios | | |
| <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: 19, Fecha efectiva: 11/01/2024

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: 19, Fecha efectiva: 11/01/2024

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: 19, Fecha efectiva: 11/01/2024

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: 19, Fecha efectiva: 11/01/2024

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: 19, Fecha efectiva: 11/01/2024

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: 19, Fecha efectiva: 11/01/2024

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 |
| <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 320MG | 5 | PA NSO; NEDS |
| LUMAKRAS TABS 120MG | 5 | PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty |
| LYNPARZA | 5 | PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty |
| LYSODREN | 3 | |

ID de formulario: 24517, Versión: 19, Fecha efectiva: 11/01/2024

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 |
|--------------------------------|-----------------------|--------------------------------------|
| 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 |
| RETEVMO TABS 120MG, 160MG | 5 | PA NSO; NEDS |
| RETEVMO TABS 80MG | 5 | QL(60 EA por 30 días); PA NSO; NEDS |

ID de formulario: 24517, Versión: 19, Fecha efectiva: 11/01/2024

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 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 |
| TEPMETKO | 5 | PA NSO; NEDS |
| TIBSOVO | 5 | PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty |

ID de formulario: 24517, Versión: 19, Fecha efectiva: 11/01/2024

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>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 |
| 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 |
| 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 |

ID de formulario: 24517, Versión: 19, Fecha efectiva: 11/01/2024

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 |
|---|-----------------------|----------------------------------|
| 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 | | |
| Agentes antiinflamatorios | | |
| CORTIFOAM | 4 | |
| <i>fluocinolone acetonide topical</i> | 4 | |
| <i>kourzeq</i> | 2 | |
| Agentes de la membrana mucosa y de la piel, varios | | |
| <i>nitroglycerin oint 0.4%</i> | 4 | QL(30 GM por 30 días) |
| <i>podofilox gel 0.5%</i> | 4 | |
| Agentes queratolíticos | | |
| <i>tazarotene crea 0.05%</i> | 4 | PA |
| Antiinfecciosos | | |
| <i>clindamycin phosphate gel 1%</i> | 2 | |
| <i>klayesta</i> | 2 | |
| <i>naftifine hydrochloride gel 1%</i> | 3 | |
| Antipruriginosos y Anestésicos Locales | | |
| <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 | | |
| Agentes anorexígenos y estimulantes respiratorios y del sistema nervioso central (CNS) | | |
| <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 | |
| <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 |

ID de formulario: 24517, Versión: 19, Fecha efectiva: 11/01/2024

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>methamphetamine hcl</i> | 2 | PA |
| <i>methylphenidate hydrochloride cd cpcr 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 cpcr 40mg</i> | 3 | |
| <i>methylphenidate hydrochloride er tb24, tbcr</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 antimaniacos | | |
| <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 | |
| <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 | |

ID de formulario: 24517, Versión: 19, Fecha efectiva: 11/01/2024

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>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 |
| 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 | |

ID de formulario: 24517, Versión: 19, Fecha efectiva: 11/01/2024

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>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 | |
| <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) |

ID de formulario: 24517, Versión: 19, Fecha efectiva: 11/01/2024

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>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 | |
| <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 |

ID de formulario: 24517, Versión: 19, Fecha efectiva: 11/01/2024

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 |
|---|-----------------------|--|
| 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 | |
| <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 | |

ID de formulario: 24517, Versión: 19, Fecha efectiva: 11/01/2024

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>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 | |
| <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 | |

ID de formulario: 24517, Versión: 19, Fecha efectiva: 11/01/2024

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>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 |
| <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) |

ID de formulario: 24517, Versión: 19, Fecha efectiva: 11/01/2024

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>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) |
| <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) |

ID de formulario: 24517, Versión: 19, Fecha efectiva: 11/01/2024

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 |
|---|-----------------------|-----------------------|
| 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 syrp</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 |
| <i>carbamazepine er</i> | 3 | |
| <i>carbamazepine tabs</i> | 1 | |
| <i>carbamazepine chew</i> | 2 | |
| <i>carbamazepine susp</i> | 4 | |
| CELONTIN CAPS 300MG | 4 | |

ID de formulario: 24517, Versión: 19, Fecha efectiva: 11/01/2024

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>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) |
| <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 | |

ID de formulario: 24517, Versión: 19, Fecha efectiva: 11/01/2024

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>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 cpsp</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> | | |
| 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 |

ID de formulario: 24517, Versión: 19, Fecha efectiva: 11/01/2024

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 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 |
| 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 | |

ID de formulario: 24517, Versión: 19, Fecha efectiva: 11/01/2024

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>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 |
| <i>promethazine/codeine soln</i> | 2 | EC |
| <i>promethazine/phenylephrine/codeine</i> | 2 | EC |
| Inhibidores de la fosfodiesterasa tipo 4 | | |
| <i>roflumilast</i> | 3 | |
| Moduladores del regulador de la conductancia transmembrana de la fibrosis quística | | |

ID de formulario: 24517, Versión: 19, Fecha efectiva: 11/01/2024

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 |
|--|-----------------------|--|
| 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 |
| 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 |

ID de formulario: 24517, Versión: 19, Fecha efectiva: 11/01/2024

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 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 |
| 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 |

ID de formulario: 24517, Versión: 19, Fecha efectiva: 11/01/2024

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 |
|--|-----------------------|--|
| 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 1.1</i> | 2 | |
| <i>sodium fluoride 5000 plus</i> | 2 | |
| <i>sodium fluoride 5000 ppm</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 |
| BAFIERTAM | 5 | NEDS; SP-Optum Specialty |
| BETASERON | 5 | NEDS; SP-Optum Specialty |
| COPAXONE | 5 | NEDS; SP-Optum Specialty |

ID de formulario: 24517, Versión: 19, Fecha efectiva: 11/01/2024

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>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 |
| <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 |
| ENVARUSUS 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 |

ID de formulario: 24517, Versión: 19, Fecha efectiva: 11/01/2024

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 |
|--|-----------------------|---|
| 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 caliceíno-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 |
| SAJAZIR | 5 | QL(18 ML por 30 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty |
| TAVNEOS | 5 | PA; NEDS |
| Oligonucleótidos antisentido | | |
| TEGSEDI | 5 | QL(6 ML por 30 días); PA; NEDS |
| Otros agentes terapéuticos varios | | |

ID de formulario: 24517, Versión: 19, Fecha efectiva: 11/01/2024

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 |
|---|-----------------------|--|
| 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>metyrosine</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 |
| 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 | |

ID de formulario: 24517, Versión: 19, Fecha efectiva: 11/01/2024

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 |
|---|-----------------------|--------------------------|
| 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 syrp</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 |
| 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 | | |

ID de formulario: 24517, Versión: 19, Fecha efectiva: 11/01/2024

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 |
|---|-----------------------|--------------------|
| ADACEL | 6 | |
| BOOSTRIX | 6 | |
| DAPTACEL INJ 15LF/0.5ML; 23MCG/0.5ML; 5LF/0.5ML | 6 | |
| <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 | | |
| ABRYSVO | 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 | |
| PENTACEL | 6 | |
| PREHEVBRIO | 6 | PA BvD |
| PRIORIX | 6 | |
| PROQUAD | 6 | |
| RABAVERT | 6 | |
| RECOMBIVAX HB | 6 | PA BvD |
| ROTARIX | 6 | |
| ROTATEQ SOLN | 6 | |
| SHINGRIX | 6 | |

ID de formulario: 24517, Versión: 19, Fecha efectiva: 11/01/2024

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 |
|--|-----------------------|------------------------------|
| 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, 18000UNT/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 | |
| 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 |

ID de formulario: 24517, Versión: 19, Fecha efectiva: 11/01/2024

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 |
|---|-----------------------|------------------------------|
| TAVALISSE | 5 | QL(60 EA por 30 días); NEDS |
| Hematopoietic Agents | | |
| 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 |
| Hemorrhologic Agents | | |
| <i>pentoxifylline er</i> | 2 | |
| Cardiovascular Drugs | | |
| Hypotensive Agents | | |
| <i>clonidine</i> | 3 | |
| <i>clonidine hydrochloride</i> | 1 | |
| <i>clonidine hydrochloride er</i> | 3 | |
| <i>hydralazine hcl</i> | 1 | |
| <i>hydralazine hydrochloride</i> | 1 | |
| <i>minoxidil</i> | 1 | |
| Central Nervous System Agents | | |
| Opiate Antagonists | | |
| <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 | |

ID de formulario: 24517, Versión: 19, Fecha efectiva: 11/01/2024

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 |
|---|-----------------------|----------------------|
| 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 |
| 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 | |

ID de formulario: 24517, Versión: 19, Fecha efectiva: 11/01/2024

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 |
|---|-----------------------|--------------------|
| 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 |
| 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 |

ID de formulario: 24517, Versión: 19, Fecha efectiva: 11/01/2024

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 |
|--|-----------------------|--------------------|
| 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>toremide 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 | |
| <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 | |

ID de formulario: 24517, Versión: 19, Fecha efectiva: 11/01/2024

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>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 | |
| <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 | |

ID de formulario: 24517, Versión: 19, Fecha efectiva: 11/01/2024

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 |
|--|-----------------------|--------------------------------|
| 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 acetate inj 40mg/ml</i> | 2 | |
| Agentes antidiabéticos | | |
| <i>acarbose tabs</i> | 1 | |
| BYDUREON BCISE | 3 | PA |
| BYETTA | 4 | PA |
| CYCLOSET | 3 | |
| FARXIGA | 3 | |
| <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 | |

ID de formulario: 24517, Versión: 19, Fecha efectiva: 11/01/2024

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 |
|--|-----------------------|-------------------------------------|
| 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 | |
| <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 | |

ID de formulario: 24517, Versión: 19, Fecha efectiva: 11/01/2024

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 |
|---|-----------------------|-----------------------------------|
| 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 | |
| <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 | |

ID de formulario: 24517, Versión: 19, Fecha efectiva: 11/01/2024

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>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 |
| ZORBTIVE | 5 | PA; NEDS; SP-Optum Specialty |
| <i>Agonistas y antagonistas de la somatostatina</i> | | |
| <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 |

ID de formulario: 24517, Versión: 19, Fecha efectiva: 11/01/2024

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 |
|--|-----------------------|------------------------------------|
| 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 | |
| <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 | |

ID de formulario: 24517, Versión: 19, Fecha efectiva: 11/01/2024

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>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 | |
| 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 |

ID de formulario: 24517, Versión: 19, Fecha efectiva: 11/01/2024

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 |
|--|-----------------------|---------------------------------|
| 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 | |
| <i>exemestane</i> | 3 | |
| FEMRING | 3 | |
| <i>fyavolv</i> | 3 | |
| IMVEXXY MAINTENANCE PACK | 3 | |
| IMVEXXY STARTER PACK | 3 | |
| <i>jinteli</i> | 2 | |

ID de formulario: 24517, Versión: 19, Fecha efectiva: 11/01/2024

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 |
|--|-----------------------|-----------------------------------|
| 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 | |
| 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 |

ID de formulario: 24517, Versión: 19, Fecha efectiva: 11/01/2024

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 |
|--|-----------------------|-------------------------------|
| 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 syr</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) |
| <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 |

ID de formulario: 24517, Versión: 19, Fecha efectiva: 11/01/2024

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>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 box</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 | |
| <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 | |

ID de formulario: 24517, Versión: 19, Fecha efectiva: 11/01/2024

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>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 | |
| <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 | |

ID de formulario: 24517, Versión: 19, Fecha efectiva: 11/01/2024

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>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>tiadylt 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 | |
| <i>sorine</i> | 2 | |
| <i>sotalol hcl</i> | 1 | |
| <i>sotalol hydrochloride (af)</i> | 1 | |
| <i>timolol maleate tabs 10mg, 20mg, 5mg</i> | 2 | |
| Inhibidor del sistema renina-angiotensina-aldosterona | | |
| <i>aliskiren</i> | 1 | |

ID de formulario: 24517, Versión: 19, Fecha efectiva: 11/01/2024

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>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 | |
| TEKTURNA 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 | |
| Medicamentos cardíacos | | |
| <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 |
| 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 | |

ID de formulario: 24517, Versión: 19, Fecha efectiva: 11/01/2024

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>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 | |
| <i>opium</i> | 2 | |
| <i>opium tincture tinc 1%</i> | 2 | |
| XERMELO | 5 | PA; NEDS; SP-Optum Specialty |
| Agentes antiinflamatorios | | |
| <i>alose tron hydrochloride</i> | 5 | NEDS |

ID de formulario: 24517, Versión: 19, Fecha efectiva: 11/01/2024

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>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 |
| <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 |

ID de formulario: 24517, Versión: 19, Fecha efectiva: 11/01/2024

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>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 |
| 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 | | |

ID de formulario: 24517, Versión: 19, Fecha efectiva: 11/01/2024

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 |
|---|-----------------------|-------------------------|
| 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 | |
| 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 | |

ID de formulario: 24517, Versión: 19, Fecha efectiva: 11/01/2024

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>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 | |
| <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 | |

ID de formulario: 24517, Versión: 19, Fecha efectiva: 11/01/2024

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 |
|---|-----------------------|--------------------|
| 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>periogard</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 | |
| 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 | | |

ID de formulario: 24517, Versión: 19, Fecha efectiva: 11/01/2024

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 |
|---|-----------------------|--------------------|
| 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 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 | |
| <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 | |

ID de formulario: 24517, Versión: 19, Fecha efectiva: 11/01/2024

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>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 | |
| Relajantes musculares suaves respiratorios | | |
| <i>elixophyllin</i> | 2 | |
| <i>theophylline er tb12, tb24</i> | 2 | |
| <i>theophylline elix</i> | 2 | |
| Skin and Mucous Membrane Preparations | | |
| Anti-infectives | | |
| <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 | |
| <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 | |

ID de formulario: 24517, Versión: 19, Fecha efectiva: 11/01/2024

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>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 | |
| <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 | |

ID de formulario: 24517, Versión: 19, Fecha efectiva: 11/01/2024

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>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 | |
| <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 acetonide</i> | 3 | |
| <i>nystatin/triamcinolone crea</i> | 2 | |

ID de formulario: 24517, Versión: 19, Fecha efectiva: 11/01/2024

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>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 acetonide dental paste</i> | 2 | |
| <i>triamcinolone acetonide aers 0.147mg/gm</i> | 4 | |
| <i>triamcinolone acetonide crea 0.025%, 0.1%, 0.5%</i> | 2 | |
| <i>triamcinolone acetonide lotn 0.025%, 0.1%</i> | 2 | |
| <i>triamcinolone acetonide oint 0.025%, 0.1%, 0.5%</i> | 2 | |
| <i>triamcinolone acetonide oint 0.05%</i> | 3 | |
| TRIANEX | 3 | |
| <i>triderm</i> | 2 | |
| TRITOCIN | 3 | |
| UCERIS | 4 | |
| Antipruritics and Local Anesthetics | | |
| <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) |
| Cell Stimulants and Proliferants | | |
| <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 |
| Emollients, Demulcents, and Protectants | | |
| <i>ammonium lactate lotn</i> | 2 | |
| <i>ammonium lactate crea</i> | 3 | |
| Skin and Mucous Membrane Agents, Misc | | |
| <i>accutane</i> | 4 | |
| <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) |

ID de formulario: 24517, Versión: 19, Fecha efectiva: 11/01/2024

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>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 |
| <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 | |

ID de formulario: 24517, Versión: 19, Fecha efectiva: 11/01/2024

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 |
|---|-----------------------|--------------------------|
| Vitamina | | |
| <i>Preparaciones multivitamínicas</i> | | |
| <i> prenatal</i> | 2 | |
| Vitaminas | | |
| Complejo de Vitamina B | | |
| <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 | |
| Vitamina D | | |
| <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: 19, Fecha efectiva: 11/01/2024

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> | 55 |
| <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> | 57 |
| 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> | 67 | <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> | 67 | <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> | 67 |
| <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: 19, Fecha efectiva: 11/01/2024

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> | 67 |
| <i>apri</i> | 48 | <i>azelastine hcl</i> | 60 |
| APTIOM | 25 | <i>azelastine hydrochloride</i> | 60 |
| APTIVUS | 7 | AZELEX | 67 |
| 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 | 32 |
| 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> | 62 | <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 | 27 | <i>benazepril hydrochloride</i> | 56 |
| AUSTEDO XR | 28 | <i>benazepril</i> | 56 |
| AUSTEDO XR PATIENT TITRATION | 27 | <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> | 17 |
| <i>avita</i> | 67 | <i>bepotastine besilate</i> | 60 |

ID de formulario: 24517, Versión: 19, Fecha efectiva: 11/01/2024

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 |
|---|---------------|--|---------------|
| BERINERT | 34 | BRUKINSA | 10 |
| BESIVANCE | 62 | <i>budesonide</i> | 43 |
| BESREMI | 10 | <i>budesonide</i> | 65 |
| <i>betaine anhydrous</i> | 35 | <i>budesonide er</i> | 43 |
| <i>betamethasone dipropionate</i> | 65 | <i>budesonide/formoterol fumarate dihydrate</i> | 43 |
| <i>betamethasone dipropionate augmented</i> | 65 | <i>bumetanide</i> | 42 |
| <i>betamethasone valerate</i> | 65 | <i>buprenorphine</i> | 22 |
| BETASERON | 32 | <i>buprenorphine hcl</i> | 22 |
| <i>betaxolol hcl</i> | 55 | <i>buprenorphine hcl/naloxone hcl</i> | 22 |
| <i>betaxolol hcl</i> | 60 | <i>buprenorphine hydrochloride/naloxone</i> | 22 |
| <i>bethanechol chloride</i> | 52 | <i>hydrochloride</i> | |
| BETIMOL | 60 | <i>bupropion hcl</i> | 19 |
| BETOPTIC-S | 60 | <i>bupropion hydrochloride</i> | 19 |
| BEVESPI AEROSPHERE | 51 | <i>bupropion hydrochloride er (sr)</i> | 19 |
| <i>bexarotene</i> | 10 | <i>bupropion hydrochloride er (xl)</i> | 19 |
| <i>bexarotene</i> | 67 | <i>buspirone hcl</i> | 25 |
| BEXSERO | 37 | <i>buspirone hydrochloride</i> | 25 |
| <i>bicalutamide</i> | 10 | <i>butorphanol tartrate</i> | 22 |
| BICILLIN C-R | 2 | BYDUREON BCISE | 44 |
| BICILLIN L-A | 2 | BYETTA | 44 |
| BIKTARVY | 7 | BYLVAY | 59 |
| <i>bimatoprost</i> | 60 | BYLVAY (PELLETS) | 59 |
| <i>bismuth subcitrate</i> | 58 | <i>cabergoline</i> | 17 |
| <i>pot/metronidazole/tetracycline hydrochloride</i> | | CABLIVI | 38 |
| <i>bisoprolol fumarate</i> | 55 | CABOMETYX | 10 |
| <i>bisoprolol fumarate/hydrochlorothiazide</i> | 55 | <i>calcipotriene</i> | 67 |
| BIVIGAM | 36 | <i>calcipotriene/betamethasone dipropionate</i> | 65 |
| BOOSTRIX | 37 | <i>calcitonin salmon</i> | 46 |
| <i>bortezomib</i> | 10 | <i>calcitonin-salmon</i> | 46 |
| <i>bosentan</i> | 29 | <i>calcitriol</i> | 68 |
| BOSULIF | 10 | <i>calcitriol</i> | 69 |
| BRAFTOVI | 10 | <i>calcium acetate</i> | 42 |
| BREO ELLIPTA | 43 | CALQUENCE | 10 |
| BREYNA | 43 | <i>camila</i> | 48 |
| BREZTRI AEROSPHERE | 43 | CAMZYOS | 56 |
| <i>briellyn</i> | 48 | <i>candesartan cilexetil</i> | 56 |
| BRILINTA | 38 | <i>candesartan cilexetil/hydrochlorothiazide</i> | 56 |
| <i>brimonidine tartrate</i> | 60 | CAPLYTA | 19 |
| <i>brimonidine tartrate/timolol maleate</i> | 60 | CAPRELSA | 10 |
| <i>brinzolamide</i> | 60 | <i>captopril</i> | 56 |
| BRIVIACT | 25 | <i>carbamazepine</i> | 25 |
| <i>bromfenac</i> | 61 | <i>carbamazepine er</i> | 25 |
| <i>bromfenac sodium</i> | 61 | <i>carbidopa</i> | 18 |
| <i>bromocriptine mesylate</i> | 17 | <i>carbidopa/levodopa</i> | 17 |
| BROMSITE | 61 | <i>carbidopa/levodopa er</i> | 17 |
| BRONCHITOL | 29 | <i>carbidopa/levodopa odt</i> | 17 |

ID de formulario: 24517, Versión: 19, Fecha efectiva: 11/01/2024

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 | 25 | <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% | 40 |
| <i>cholestyramine light</i> | 53 | CLINIMIX E 8/10 | 40 |
| <i>ciclopirox</i> | 64 | CLINISOL SF 15% | 40 |

ID de formulario: 24517, Versión: 19, Fecha efectiva: 11/01/2024

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> | 62 |
| <i>clobetasol propionate emollient</i> | 66 | <i>cyclopentolate hydrochloride</i> | 62 |
| <i>clocortolone pivalate</i> | 66 | <i>cyclophosphamide</i> | 10 |
| <i>clodan</i> | 66 | CYCLOSET | 44 |
| <i>clomipramine hydrochloride</i> | 19 | <i>cyclosporine</i> | 33 |
| <i>clonazepam</i> | 26 | <i>cyclosporine</i> | 61 |
| <i>clonazepam odt</i> | 26 | <i>cyclosporine modified</i> | 33 |
| <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 | 32 | <i>deferiprone</i> | 36 |
| COPIKTRA | 10 | DELSTRIGO | 7 |
| CORDRAN | 66 | <i>demeclocycline hcl</i> | 3 |
| CORLANOR | 56 | 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: 19, Fecha efectiva: 11/01/2024

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> | 43 | <i>diflunisal</i> | 22 |
| <i>dexamethasone 10-day dose pack</i> | 43 | <i>difluprednate</i> | 61 |
| <i>dexamethasone 13-day dose pack</i> | 43 | <i>digitek</i> | 56 |
| <i>dexamethasone 6-day dose pack</i> | 43 | <i>digox</i> | 56 |
| <i>dexamethasone intensol</i> | 43 | <i>digoxin</i> | 56 |
| <i>dexamethasone sodium phosphate</i> | 43 | <i>dihydroergotamine mesylate</i> | 52 |
| <i>dexamethasone sodium phosphate</i> | 61 | DILANTIN | 26 |
| <i>dexamethasone sodium phosphate + rfid</i> | 43 | 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> | 16 | <i>diltiazem hcl er</i> | 54 |
| <i>dexmethylphenidate hydrochloride er</i> | 16 | <i>diltiazem hydrochloride</i> | 54 |
| <i>dextroamphetamine sulfate</i> | 16 | <i>diltiazem hydrochloride er</i> | 54 |
| <i>dextroamphetamine sulfate er</i> | 16 | <i>dilt-xr</i> | 54 |
| <i>dextrose 10%</i> | 40 | <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> | 40 | <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> | 40 | <i>divalproex sodium er</i> | 26 |
| <i>dextrose 70%</i> | 40 | <i>docetaxel</i> | 10 |
| <i>dextrose/sodium chloride</i> | 42 | <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> | 22 | <i>doxepin hcl</i> | 19 |
| <i>diclofenac sodium er</i> | 22 | <i>doxepin hydrochloride</i> | 19 |
| <i>diclofenac sodium/misoprostol</i> | 22 | <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: 19, Fecha efectiva: 11/01/2024

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 | 19 | <i>entacapone</i> | 18 |
| <i>dronabinol</i> | 58 | <i>entecavir</i> | 7 |
| <i>drospirenone/ethinyl estradiol</i> | 48 | ENTRESTO | 56 |
| DROXIA | 10 | <i>enulose</i> | 42 |
| <i>droxidopa</i> | 52 | ENVARUSUS XR | 33 |
| <i>duloxetine hcl</i> | 19 | EPCLUSA | 7 |
| <i>duloxetine hydrochloride</i> | 20 | EPIDIOLEX | 26 |
| DUPIXENT | 28 | <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> | 22 | 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> | 42 | <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 | 30 | <i>ethacrynic acid</i> | 42 |
| ENBREL MINI | 30 | <i>ethambutol hydrochloride</i> | 5 |
| ENBREL SURECLICK | 30 | <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: 19, Fecha efectiva: 11/01/2024

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 | 53 |
| 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> | 33 | <i>flucytosine</i> | 6 |
| EVOTAZ | 7 | <i>fludrocortisone acetate</i> | 44 |
| EVRYSDI | 35 | <i>flunisolide</i> | 61 |
| <i>exemestane</i> | 50 | <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 | 28 | <i>fluphenazine hcl</i> | 20 |
| FASENRA PEN | 28 | <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> | 54 | <i>flurbiprofen</i> | 23 |
| FEMRING | 50 | <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> | 53 | <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> | 52 |
| <i>fesoterodine fumarate er</i> | 63 | <i>fluticasone propionate/salmeterol diskus</i> | 52 |
| FETZIMA | 20 | <i>fluvastatin</i> | 53 |
| FETZIMA TITRATION PACK | 20 | <i>fluvastatin sodium er</i> | 53 |
| <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 | 49 | <i>fondaparinux sodium</i> | 38 |
| FIRVANQ | 3 | <i>formoterol fumarate</i> | 52 |
| <i>flac</i> | 61 | FORTEO | 46 |
| FLAREX | 61 | <i>fosamprenavir calcium</i> | 7 |
| <i>flavoxate hcl</i> | 63 | <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: 19, Fecha efectiva: 11/01/2024

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> | 44 |
| <i>furosemide</i> | 42 | <i>glyburide micronized</i> | 44 |
| FUZEON | 7 | <i>glyburide/metformin hydrochloride</i> | 44 |
| <i>fyavolv</i> | 50 | <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> | 58 |
| GAMMAGARD LIQUID | 36 | <i>griseofulvin microsize</i> | 6 |
| GAMMAKED | 36 | <i>griseofulvin ultramicrosize</i> | 6 |
| GAMMAPLEX | 36 | <i>guanfacine hydrochloride er</i> | 18 |
| GAMUNEX-C | 36 | 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 | 64 |
| <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> | 53 | <i>haloperidol decanoate</i> | 20 |
| GEMTESA | 63 | <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> | 64 | HETLIOZ LQ | 25 |
| <i>gentamicin sulfate/0.9% sodium chloride</i> | 4 | HIBERIX | 37 |
| GENVOYA | 7 | HIZENTRA | 36 |
| GILOTRIF | 11 | HORIZANT | 26 |
| GLEOSTINE | 11 | HUMALOG | 45 |
| <i>glimepiride</i> | 44 | HUMALOG JUNIOR KWIKPEN | 45 |
| <i>glipizide</i> | 44 | HUMALOG KWIKPEN | 45 |
| <i>glipizide er</i> | 44 | HUMALOG MIX 50/50 | 45 |
| <i>glipizide/metformin hydrochloride</i> | 44 | HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN | 45 |
| GLOPERBA | 32 | HUMALOG MIX 75/25 | 45 |

ID de formulario: 24517, Versión: 19, Fecha efectiva: 11/01/2024

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 | 31 | <i>icosapent ethyl</i> | 54 |
| HUMIRA PEN-PEDIATRIC UC STARTER PACK | 31 | IDHIFA | 11 |
| HUMIRA PEN-PS/UV STARTER | 31 | ILEVRO | 61 |
| HUMULIN 70/30 | 45 | <i>imatinib mesylate</i> | 11 |
| HUMULIN 70/30 KWIKPEN | 45 | IMBRUVICA | 11 |
| HUMULIN N | 45 | <i>imipenem/cilastatin</i> | 4 |
| HUMULIN N KWIKPEN | 45 | <i>imipramine hcl</i> | 20 |
| HUMULIN R | 45 | <i>imipramine hydrochloride</i> | 20 |
| HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED) | 45 | <i>imipramine pamoate</i> | 20 |
| HUMULIN R U-500 KWIKPEN | 45 | <i>imiquimod</i> | 68 |
| <i>hydralazine hcl</i> | 39 | <i>imiquimod pump</i> | 68 |
| <i>hydralazine hydrochloride</i> | 39 | IMOVAX RABIES (H.D.C.V.) | 37 |
| <i>hydrochlorothiazide</i> | 42 | IMPAVIDO | 6 |
| <i>hydrocodone bitartrate er</i> | 23 | IMVEXXY MAINTENANCE PACK | 50 |
| <i>hydrocodone bitartrate/acetaminophen</i> | 23 | IMVEXXY STARTER PACK | 50 |
| <i>hydrocodone bitartrate/homatropine methylbromide</i> | 29 | INBRIJA | 18 |
| <i>hydrocodone polistirex/chlorpheniramine polistirex</i> | 29 | INCRELEX | 47 |
| <i>hydrocodone/acetaminophen</i> | 23 | INCRUSE ELLIPTA | 51 |
| <i>hydrocodone/ibuprofen</i> | 23 | <i>indapamide</i> | 42 |
| <i>hydrocortisone</i> | 44 | <i>indomethacin</i> | 23 |
| <i>hydrocortisone</i> | 66 | <i>indomethacin er</i> | 23 |
| <i>hydrocortisone acetate/pramoxine</i> | 67 | INFANRIX | 37 |
| <i>hydrocortisone butyrate</i> | 66 | INGREZZA | 28 |
| <i>hydrocortisone sodium succinate</i> | 44 | INLYTA | 11 |
| <i>hydrocortisone valerate</i> | 66 | INQOVI | 11 |
| <i>hydrocortisone/acetic acid</i> | 61 | INREBIC | 11 |
| <i>hydromorphone hcl</i> | 23 | INTELENCE | 8 |
| <i>hydromorphone hcl er</i> | 23 | INTRALIPID | 41 |
| <i>hydromorphone hydrochloride er</i> | 23 | INTRAROSA | 44 |
| <i>hydroxychloroquine sulfate</i> | 6 | INTRON A | 11 |
| <i>hydroxyurea</i> | 11 | <i>introvale</i> | 48 |
| <i>hydroxyzine hcl</i> | 25 | INVEGA HAFYERA | 20 |
| <i>hydroxyzine hydrochloride</i> | 25 | INVEGA SUSTENNA | 20 |
| <i>hydroxyzine pamoate</i> | 25 | INVEGA TRINZA | 20 |
| HYFTOR | 68 | INVELTYS | 61 |
| <i>ibandronate sodium</i> | 34 | IPOL INACTIVATED IPV | 37 |
| IBRANCE | 11 | <i>ipratropium bromide</i> | 51 |
| <i>ibu</i> | 23 | <i>ipratropium bromide/albuterol sulfate</i> | 52 |
| | | <i>irbesartan</i> | 56 |
| | | <i>irbesartan/hydrochlorothiazide</i> | 56 |
| | | IRESSA | 12 |
| | | ISENTRESS | 8 |

ID de formulario: 24517, Versión: 19, Fecha efectiva: 11/01/2024

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> | 64 |
| <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> | 54 | 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> | 64 | 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> | 50 | <i>kourzeq</i> | 16 |
| <i>joyeaux</i> | 48 | <i>k-prime</i> | 42 |
| 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> | 48 | KYPROLIS | 12 |
| <i>junel fe 1/20</i> | 48 | <i>labetalol hydrochloride</i> | 55 |
| <i>junel fe 24</i> | 48 | <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> | 48 | <i>lamivudine/zidovudine</i> | 8 |
| <i>kcl 0.075%/d5w/nacl 0.45%</i> | 42 | <i>lamotrigine</i> | 26 |
| <i>kcl 0.15%/d5w/nacl 0.2%</i> | 42 | <i>lamotrigine er</i> | 26 |
| <i>kcl 0.15%/d5w/nacl 0.45%</i> | 42 | <i>lamotrigine odt</i> | 26 |
| <i>kcl 0.15%/d5w/nacl 0.9%</i> | 42 | <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> | 48 | <i>lamotrigine titration</i> | 26 |

ID de formulario: 24517, Versión: 19, Fecha efectiva: 11/01/2024

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> | 47 | <i>levorphanol tartrate</i> | 23 |
| <i>lansoprazole</i> | 58 | <i>levo-t</i> | 46 |
| <i>lansoprazole/amoxicillin/clarithromycin</i> | 58 | <i>levothyroxine sodium</i> | 46 |
| LANTUS | 45 | <i>levoxyl</i> | 46 |
| LANTUS SOLOSTAR | 45 | LEXIVA | 8 |
| <i>lapatinib ditosylate</i> | 12 | <i>l-glutamine</i> | 35 |
| <i>larin 1.5/30</i> | 48 | LIBERVANT | 26 |
| <i>larin 1/20</i> | 48 | <i>lidocaine</i> | 67 |
| <i>larin fe 1.5/30</i> | 49 | <i>lidocaine hcl</i> | 16 |
| <i>larin fe 1/20</i> | 49 | <i>lidocaine hcl</i> | 35 |
| <i>latanoprost</i> | 60 | <i>lidocaine hcl jelly</i> | 16 |
| LAZANDA | 23 | <i>lidocaine hydrochloride</i> | 16 |
| <i>leflunomide</i> | 31 | <i>lidocaine hydrochloride</i> | 35 |
| <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> | 46 |
| LENVIMA 4 MG DAILY DOSE | 12 | <i>lisdexamfetamine dimesylate</i> | 16 |
| 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> | 49 | 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 | 41 |
| LEVEMIR FLEXPEN | 45 | LONHALA MAGNAIR REFILL KIT | 51 |
| LEVEMIR FLEXTOUCH | 45 | LONHALA MAGNAIR STARTER KIT | 51 |
| <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 | LORBRENA | 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 |
| <i>levora 0.15/30-28</i> | 49 | <i>loxapine</i> | 20 |

ID de formulario: 24517, Versión: 19, Fecha efectiva: 11/01/2024

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>lubiprostone</i> | 59 | <i>mesalamine er</i> | 58 |
| LUMAKRAS | 12 | MESNEX | 34 |
| LUMIGAN | 60 | <i>metformin hydrochloride</i> | 45 |
| LUPRON DEPOT (1-MONTH) | 49 | <i>metformin hydrochloride er</i> | 45 |
| LUPRON DEPOT (3-MONTH) | 49 | <i>methadone hcl</i> | 23 |
| LUPRON DEPOT (4-MONTH) | 49 | <i>methamphetamine hcl</i> | 17 |
| LUPRON DEPOT (6-MONTH) | 49 | <i>methazolamide</i> | 60 |
| <i>lurasidone hydrochloride</i> | 20 | <i>methenamine hippurate</i> | 5 |
| LYBALVI | 20 | <i>methenamine mandelate</i> | 5 |
| LYNPARZA | 12 | <i>methimazole</i> | 46 |
| LYSODREN | 12 | <i>methotrexate</i> | 13 |
| LYTGOBI | 13 | <i>methotrexate sodium</i> | 13 |
| <i>magnesium sulfate</i> | 26 | <i>methsuximide</i> | 26 |
| <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> | 54 | <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> | 58 | <i>metolazone</i> | 42 |
| <i>meclofenamate sodium</i> | 23 | <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> | 23 | <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> | 23 | <i>mibelas 24 fe</i> | 49 |
| <i>memantine hcl titration pak</i> | 18 | <i>micafungin</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 |
| <i>mesalamine dr</i> | 58 | <i>minocycline hcl</i> | 4 |

ID de formulario: 24517, Versión: 19, Fecha efectiva: 11/01/2024

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 hydrochloride</i> | 4 | <i>naratriptan hcl</i> | 17 |
| <i>minoxidil</i> | 39 | NATACYN | 62 |
| <i>mirabegron er</i> | 63 | <i>nateglinide</i> | 45 |
| <i>mirtazapine</i> | 20 | NATPARA | 46 |
| <i>mirtazapine odt</i> | 20 | NAYZILAM | 26 |
| <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> | 20 |
| <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> | 66 | <i>one</i> | |
| <i>mondoxyne nl</i> | 4 | <i>neomycin/polymyxin/dexamethasone</i> | 61 |
| <i>montelukast sodium</i> | 28 | <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 | 63 | <i>nicardipine hcl</i> | 54 |
| <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> | 39 | <i>nimodipine</i> | 55 |
| <i>naloxone hydrochloride</i> | 39 | NINLARO | 13 |
| <i>naltrexone hcl</i> | 39 | <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 |
| <i>naproxen sodium er</i> | 24 | <i>nitroglycerin</i> | 16 |

ID de formulario: 24517, Versión: 19, Fecha efectiva: 11/01/2024

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> | 57 | <i>octreotide acetate</i> | 47 |
| <i>nitroglycerin transdermal</i> | 57 | ODEFSEY | 8 |
| NIVA THYROID | 46 | ODOMZO | 13 |
| <i>nizatidine</i> | 58 | OFEV | 28 |
| NORDITROPIN FLEXPRO | 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> | 20 | <i>medoxomil/amlodipine/hydrochlorothiazide</i> | |
| <i>nortriptyline hydrochloride</i> | 20 | <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 (GEN 5) | 63 |
| <i>np thyroid 90</i> | 47 | OMNIPOD 5 DEXCOM G7G6 PODS (GEN 5) | 63 |
| NUBEQA | 13 | OMNIPOD 5 G7 INTRO KIT (GEN 5) | 63 |
| NUCALA | 29 | OMNIPOD 5 G7 PODS (GEN 5) | 63 |
| NUDEXTA | 18 | OMNIPOD 5 LIBRE2 PLUS G6 | 63 |
| NULOJIX | 34 | OMNIPOD 5 LIBRE2 PLUS G6 PODS | 63 |
| NUPLAZID | 20 | OMNIPOD CLASSIC PDM STARTER KIT (GEN 3) | 63 |
| NURTEC | 17 | OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3) | 63 |
| NUTRILIPID | 41 | OMNIPOD DASH INTRO KIT (GEN 4) | 63 |
| NUTROPIN AQ NUSPIN 10 | 47 | OMNIPOD DASH PDM KIT (GEN 4) | 63 |
| NUTROPIN AQ NUSPIN 20 | 47 | OMNIPOD DASH PODS (GEN 4) | 63 |
| NUTROPIN AQ NUSPIN 5 | 47 | OMNIPOD GO 10 UNITS/DAY | 63 |
| NUVESSA | 65 | OMNIPOD GO 15 UNITS/DAY | 63 |
| NUZYRA | 4 | OMNIPOD GO 20 UNITS/DAY | 63 |
| <i>nyamyc</i> | 65 | OMNIPOD GO 25 UNITS/DAY | 63 |
| NYMALIZE | 55 | OMNIPOD GO 30 UNITS/DAY | 63 |
| <i>nystatin</i> | 6 | OMNIPOD GO 35 UNITS/DAY | 63 |
| <i>nystatin</i> | 65 | OMNIPOD GO 40 UNITS/DAY | 63 |
| <i>nystatin/triamcinolone</i> | 66 | OMNITROPE | 47 |
| <i>nystatin/triamcinolone acetonide</i> | 66 | <i>ondansetron hcl</i> | 58 |
| <i>nystop</i> | 65 | <i>ondansetron hydrochloride</i> | 59 |
| OCTAGAM | 36 | | |

ID de formulario: 24517, Versión: 19, Fecha efectiva: 11/01/2024

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 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> | 57 | PANZYGA | 36 |
| <i>opium tincture</i> | 57 | <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 |
| ORLISSA | 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 | 31 | <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 | 38 | PENTACEL | 37 |
| <i>oxcarbazepine</i> | 26 | <i>pentamidine isethionate</i> | 6 |
| OXERVATE | 62 | <i>pentoxifylline er</i> | 39 |
| <i>oxiconazole nitrate</i> | 65 | <i>perindopril erbumine</i> | 56 |
| <i>oxybutynin chloride</i> | 63 | <i>perlogard</i> | 62 |
| <i>oxybutynin chloride er</i> | 63 | <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 |
| <i>oxymorphone hydrochlorideer</i> | 24 | <i>phenytoin</i> | 27 |
| OZEMPIC | 45 | <i>phenytoin sodium extended</i> | 27 |

ID de formulario: 24517, Versión: 19, Fecha efectiva: 11/01/2024

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 |
|--|---------------|---|---------------|
| PHOSPHOLINE IODIDE | 60 | <i>prednisolone sodium phosphate</i> | 44 |
| PIFELTRO | 8 | <i>prednisolone sodium phosphate</i> | 61 |
| <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 | 37 |
| <i>pioglitazone hcl</i> | 45 | PREMARIN | 51 |
| <i>pioglitazone hcl/metformin hcl</i> | 45 | PREMASOL | 41 |
| <i>pioglitazone hcl-glimepiride</i> | 45 | <i>premium lidocaine</i> | 67 |
| <i>pioglitazone hydrochloride</i> | 45 | 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 | 37 |
| <i>plerixafor</i> | 39 | PRIVIGEN | 36 |
| <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 | 61 |
| <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>prednisolone</i> | 44 | <i>promethazine vc/codeine</i> | 29 |
| <i>prednisolone acetate</i> | 61 | <i>promethazine/codeine</i> | 29 |
| | | <i>promethazine/phenylephrine/codeine</i> | 29 |

ID de formulario: 24517, Versión: 19, Fecha efectiva: 11/01/2024

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>propafenone hcl</i> | 57 | RECTIV | 68 |
| <i>propafenone hydrochloride</i> | 57 | REGRANEX | 68 |
| <i>propafenone hydrochloride er</i> | 57 | RELENZA DISKHALER | 8 |
| <i>propranolol hcl</i> | 55 | RELISTOR | 59 |
| <i>propranolol hcl er</i> | 55 | RELYVRIO | 18 |
| <i>propranolol hydrochloride</i> | 55 | <i>repaglinide</i> | 45 |
| <i>propranolol hydrochloride er</i> | 55 | REPATHA | 54 |
| <i>propylthiouracil</i> | 47 | REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM | 54 |
| PROQUAD | 37 | REPATHA SURECLICK | 54 |
| PROSOL | 41 | RESTASIS | 61 |
| <i>protriptyline hcl</i> | 21 | RESTASIS MULTIDOSE | 61 |
| 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 | 38 | REYATAZ | 9 |
| PYRUKYND TAPER PACK | 38 | 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> | 18 |
| <i>quinidine sulfate</i> | 57 | <i>rimantadine hydrochloride</i> | 9 |
| <i>quinine sulfate</i> | 6 | RINVOQ | 32 |
| QVAR REDIHALER | 44 | RINVOQ LQ | 51 |
| RABAVERT | 37 | <i>risedronate sodium</i> | 34 |
| <i>rabeprazole sodium</i> | 58 | <i>risedronate sodium dr</i> | 34 |
| RADICAVA ORS | 18 | RISPERDAL CONSTA | 21 |
| RADICAVA ORS STARTER KIT | 18 | <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 | 60 |
| REBIF REBIDOSE | 33 | <i>roflumilast</i> | 29 |
| REBIF REBIDOSE TITRATION PACK | 33 | <i>ropinirole er</i> | 18 |
| REBIF TITRATION PACK | 33 | <i>ropinirole hcl</i> | 18 |
| RECOMBIVAX HB | 37 | <i>ropinirole hydrochloride</i> | 18 |

ID de formulario: 24517, Versión: 19, Fecha efectiva: 11/01/2024

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>rosadan</i> | 65 | <i>sodium chloride 0.45%</i> | 43 |
| <i>rosuvastatin calcium</i> | 54 | <i>sodium chloride 0.9%</i> | 43 |
| ROTARIX | 37 | <i>sodium fluoride 1.1</i> | 32 |
| ROTATEQ | 37 | <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> | 41 |
| RUKOBIA | 9 | <i>sodium sulfate/potassium sulfate/magnesium sulfate</i> | 59 |
| RYBELSUS | 45 | <i>solifenacin succinate</i> | 64 |
| RYDAPT | 14 | SOLOSEC | 6 |
| RYTARY | 18 | SOLTAMOX | 51 |
| SAJAZIR | 34 | 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> | 55 |
| SCSEMBLIX | 14 | <i>sotalol hcl</i> | 55 |
| <i>scopolamine</i> | 59 | <i>sotalol hydrochloride (af)</i> | 55 |
| 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> | 41 |
| <i>sertraline hcl</i> | 21 | <i>ssd</i> | 65 |
| <i>sertraline hydrochloride</i> | 21 | STAMARIL | 38 |
| <i>sevelamer carbonate</i> | 41 | STELARA | 68 |
| <i>sevelamer hydrochloride</i> | 41 | <i>sterile water for irrigation</i> | 43 |
| <i>sf 5000 plus</i> | 32 | STIOLTO RESPIMAT | 52 |
| <i>sharobel</i> | 49 | STIVARGA | 14 |
| SHINGRIX | 37 | <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 | 60 | <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 | <i>sulfacetamide sodium</i> | 65 |
| SKYRIZI PEN | 68 | | |
| <i>sodium chloride</i> | 43 | | |

ID de formulario: 24517, Versión: 19, Fecha efectiva: 11/01/2024

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/prednisolone sodium phosphate</i> | 61 | <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 |
| SULFAMILYLON | 65 | <i>techlite pen needles 29g x 10mm</i> | 63 |
| <i>sulfasalazine</i> | 4 | TEFLARO | 4 |
| <i>sulindac</i> | 24 | TEGSEDI | 34 |
| <i>sumatriptan</i> | 17 | TEKTURN 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 | 45 | TEPMETKO | 14 |
| SYMLINPEN 60 | 45 | <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> | 60 | <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 | 34 | TIBSOVO | 14 |
| <i>taysofy</i> | 49 | TICOVAC | 38 |
| <i>tazarotene</i> | 16 | <i>timolol maleate</i> | 55 |
| <i>tazarotene</i> | 68 | <i>timolol maleate</i> | 60 |
| <i>tazicef</i> | 4 | <i>timolol maleate ophthalmic gel forming</i> | 60 |
| TAZORAC | 68 | <i>tinidazole</i> | 7 |

ID de formulario: 24517, Versión: 19, Fecha efectiva: 11/01/2024

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>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> | 21 |
| TOBRADEX ST | 61 | <i>trifluoperazine hydrochloride</i> | 21 |
| <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> | 21 |
| <i>topiramate</i> | 27 | TRINTELLIX | 21 |
| <i>topiramate er</i> | 27 | <i>tri-sprintec</i> | 49 |
| <i>toremifene citrate</i> | 51 | TRITOCIN | 67 |
| <i>torse mide</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> | 24 | <i>trueplus insulin syringe /u-100/1ml/29g x</i> | 63 |
| <i>tramadol hydrochloride er</i> | 24 | <i>1/2"</i> | |
| <i>tramadol hydrochloride/acetaminophen</i> | 24 | <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>tranlycypromine sulfate</i> | 21 | TRUSELTIQ | 15 |
| TRAVASOL | 41 | TUKYSA | 15 |
| <i>travoprost</i> | 61 | TURALIO | 15 |
| <i>trazodone hydrochloride</i> | 21 | <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 |
| <i>triamcinolone acetonide</i> | 44 | UPTRAVI | 29 |

ID de formulario: 24517, Versión: 19, Fecha efectiva: 11/01/2024

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 TITRATION PACK | 29 | VIBRAMYCIN | 5 |
| <i>ursodiol</i> | 58 | VICTOZA | 46 |
| <i>valacyclovir hydrochloride</i> | 9 | <i>vigabatrin</i> | 27 |
| VALCHLOR | 68 | <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 | <i>voriconazole</i> | 6 |
| VAQTA | 38 | VOSEVI | 9 |
| <i>ardenafil hydrochloride</i> | 57 | VOTRIENT | 15 |
| <i>ardenafil hydrochloride odt</i> | 57 | VOXZOGO | 35 |
| <i>varenicline starting month box</i> | 53 | VRAYLAR | 22 |
| <i>varenicline tartrate</i> | 53 | VUMERITY | 33 |
| <i>varenicline tartrate</i> | 53 | <i>vyfemla</i> | 49 |
| VARIVAX | 38 | VYNDAMAX | 35 |
| VARIZIG | 36 | VYNDAQEL | 35 |
| VASCEPA | 54 | VYVANSE | 17 |
| VAXCHORA | 38 | VYZULTA | 61 |
| <i>velivet</i> | 49 | <i>warfarin sodium</i> | 38 |
| VELPHORO | 41 | WELIREG | 15 |
| VELTASSA | 42 | WINLEVI | 68 |
| VEMLIDY | 9 | <i>wixela inhub</i> | 53 |
| VENCLEXTA | 15 | XALKORI | 15 |
| VENCLEXTA STARTING PACK | 15 | XARELTO | 38 |
| <i>venlafaxine besylate er</i> | 21 | XARELTO STARTER PACK | 38 |
| <i>venlafaxine hcl er</i> | 22 | XATMEP | 15 |
| <i>venlafaxine hydrochloride</i> | 22 | XCOPRI | 27 |
| <i>venlafaxine hydrochloride er</i> | 22 | XDEMVI | 62 |
| VENTAVIS | 29 | XELJANZ | 32 |
| <i>verapamil hcl</i> | 55 | XELJANZ XR | 32 |
| <i>verapamil hcl er</i> | 55 | XENLETA | 5 |
| <i>verapamil hcl sr</i> | 55 | XERMELO | 57 |
| <i>verapamil hydrochloride</i> | 55 | XGEVA | 34 |
| <i>verapamil hydrochloride er</i> | 55 | XIFAXAN | 5 |
| VERQUVO | 57 | XIGDUO XR | 46 |
| VERSACLOZ | 22 | XOFLUZA | 9 |
| VERZENIO | 15 | XOLAIR | 29 |

ID de formulario: 24517, Versión: 19, Fecha efectiva: 11/01/2024

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 |
|-------------------------------|---------------|-------------------------------|---------------|
| 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 | 15 | | |
| <i>xulane</i> | 49 | | |
| XYOSTED | 48 | | |
| <i>yargesa</i> | 35 | | |
| YERVOY | 15 | | |
| YF-VAX | 38 | | |
| YONSA | 15 | | |
| YUPELRI | 52 | | |
| <i>yuvafem</i> | 51 | | |
| <i>zafemy</i> | 49 | | |
| <i>zafirlukast</i> | 29 | | |
| <i>zaleplon</i> | 25 | | |
| ZARXIO | 39 | | |
| ZEJULA | 15 | | |
| ZELBORAF | 16 | | |
| ZENATANE | 68 | | |
| 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 | | |
| ZORBTIVE | 47 | | |
| ZOSYN | 5 | | |

ID de formulario: 24517, Versión: 19, Fecha efectiva: 11/01/2024

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 noviembre 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).