



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 15

Este formulario se actualizó el 1 de julio 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 julio 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 julio 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 69. 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 69.

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		
	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
Costos compartidos en farmacia minorista: farmacia no preferida									
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 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	27
Agentes para la piel y las membranas mucosas	30
Agentes terapéuticos variados.....	30
Agentes terapéuticos varios.....	31
Anestésicos locales	35
Antagonistas de metales pesados.....	35
Antihistamínicos	35
Antitoxinas, inmunoglobulinas, toxoides y vacunas	36
Blood Formation,Coagulation & Thrombosis	37
Cardiovascular Drugs	39
Central Nervous System Agents	40
Componentes dorados	40
Enzimas	40
Equilibrio de agua, electrolítico y calórico	40
Hormonas y sustitutos sintéticos.....	44
Hormones and Synthetic Substitutes	51
Medicamentos autónomos.....	52
Medicamentos cardiovasculares	53
Medicamentos gastrointestinales	57
Preparaciones para ojos, oídos, nariz y garganta	59
Recursos	62
Relajantes musculares suaves	62
Skin and Mucous Membrane Preparations	63
Vitamina	68
Vitaminas	68

ID de formulario: 24517, Versión: 15, Fecha efectiva: 07/01/2024

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 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: 15, Fecha efectiva: 07/01/2024

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	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</i>	3	
<i>erythromycin ethylsuccinate susr, tabs</i>	2	
<i>erythromycin cpep 250mg</i>	2	
FIRVANQ	4	

ID de formulario: 24517, Versión: 15, Fecha efectiva: 07/01/2024

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: 15, Fecha efectiva: 07/01/2024

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 1.25gm, 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		
ABELCET	4	PA

ID de formulario: 24517, Versión: 15, Fecha efectiva: 07/01/2024

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>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
Antiprotozoarios		
<i>atovaquone/proguanil hcl</i>	4	
<i>atovaquone susp</i>	5	NEDS
BENZNIDAZOLE	4	
<i>chloroquine phosphate tabs</i>	2	
COARTEM	3	QL(24 EA por 3 días)
<i>hydroxychloroquine sulfate tabs 200mg</i>	2	
IMPAVIDO	5	NEDS
<i>mefloquine hcl</i>	2	
<i>metronidazole caps 375mg</i>	2	
<i>metronidazole inj 500mg/100ml</i>	2	HI
<i>metronidazole tabs 250mg, 500mg</i>	2	
<i>nitazoxanide tabs</i>	3	
<i>paromomycin sulfate caps</i>	2	
<i>pentamidine isethionate inj</i>	3	
<i>pentamidine isethionate inhalation solr</i>	3	PA BvD
<i>primaquine phosphate tabs</i>	2	
<i>pyrimethamine tabs</i>	5	
<i>quinine sulfate caps 324mg</i>	4	PA
SOLOSEC	4	
<i>tinidazole tabs</i>	2	

ID de formulario: 24517, Versión: 15, Fecha efectiva: 07/01/2024

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
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: 15, Fecha efectiva: 07/01/2024

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: 15, Fecha efectiva: 07/01/2024

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: 15, Fecha efectiva: 07/01/2024

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
DAURISMO	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
<i>docetaxel</i>	4	
DROXIA	3	
EMCYT	3	
ERIVEDGE	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty

ID de formulario: 24517, Versión: 15, Fecha efectiva: 07/01/2024

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
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
IRESSA	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty

ID de formulario: 24517, Versión: 15, Fecha efectiva: 07/01/2024

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
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	
LYTGOBI	5	PA NSO; NEDS
MATULANE	5	NEDS

ID de formulario: 24517, Versión: 15, Fecha efectiva: 07/01/2024

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
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
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	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
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

ID de formulario: 24517, Versión: 15, Fecha efectiva: 07/01/2024

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
RUBRACA	5	QL(120 EA por 30 días); PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
RYDAPT	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
SCEMBLIX	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
<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
<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

ID de formulario: 24517, Versión: 15, Fecha efectiva: 07/01/2024

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
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
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

ID de formulario: 24517, Versión: 15, Fecha efectiva: 07/01/2024

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
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	
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
<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, tbc</i>	3	
<i>methylphenidate hydrochloride soln, tabs</i>	2	
<i>methylphenidate hydrochloride chew</i>	3	

ID de formulario: 24517, Versión: 15, Fecha efectiva: 07/01/2024

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>modafinil tabs</i>	2	PA
SUNOSI	4	PA
VYVANSE	4	PA
Agentes antiyaquecosos		
AIMOVIG	3	QL(1 ML por 30 días); PA
<i>almotriptan</i>	4	
<i>eletriptan hydrobromide</i>	3	
EMGALITY INJ 120MG/ML	3	QL(2 ML por 30 días); PA
EMGALITY INJ 100MG/ML	3	QL(3 ML por 30 días); PA
<i>frovatriptan succinate</i>	4	
<i>naratriptan hcl</i>	4	
NURTEC	4	PA
<i>rizatriptan benzoate</i>	2	
<i>rizatriptan benzoate odt</i>	2	
<i>sumatriptan succinate refill inj 6mg/0.5ml</i>	3	
<i>sumatriptan succinate tabs</i>	2	
<i>sumatriptan succinate inj 6mg/0.5ml</i>	3	
<i>sumatriptan succinate inj 4mg/0.5ml, 6mg/0.5ml</i>	4	
<i>sumatriptan soln</i>	3	
UBRELVY	4	PA
<i>zolmitriptan odt</i>	2	
<i>zolmitriptan tabs</i>	4	
<i>zolmitriptan soln 5mg</i>	3	
Agentes antimaníacos		
<i>lithium</i>	1	
<i>lithium carbonate er</i>	1	
<i>lithium carbonate caps, tabs</i>	1	
Agentes antiparkinsonianos		
<i>amantadine hcl caps, soln, tabs</i>	2	
<i>benztropine mesylate tabs</i>	1	
<i>bromocriptine mesylate caps, tabs</i>	3	
<i>cabergoline</i>	2	
<i>carbidopa/levodopa</i>	2	
<i>carbidopa/levodopa er</i>	2	
<i>carbidopa/levodopa odt</i>	2	
<i>carbidopa/levodopa/entacapone</i>	3	
<i>carbidopa tabs</i>	2	
EMSAM	5	ST NSO; NEDS
<i>entacapone</i>	2	
GOCOVRI	4	PA
INBRIJA	5	NEDS
KYNMOBI	5	NEDS
NEUPRO	4	QL(30 EA por 30 días)
ONGENTYS	4	
<i>pramipexole dihydrochloride</i>	1	

ID de formulario: 24517, Versión: 15, Fecha efectiva: 07/01/2024

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>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 caps 10mg, 25mg</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	
<i>sodium oxybate</i>	5	PA; NEDS
Agentes psicoterapéuticos		
ABILIFY ASIMTUFI	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

ID de formulario: 24517, Versión: 15, Fecha efectiva: 07/01/2024

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>amitriptyline hcl tabs 100mg, 150mg, 25mg, 75mg</i>	2	
<i>amitriptyline hydrochloride tabs 100mg, 10mg, 50mg</i>	2	
<i>amoxapine</i>	2	
APLENZIN TB24 174MG, 348MG	4	ST NSO
APLENZIN 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)
<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	

ID de formulario: 24517, Versión: 15, Fecha efectiva: 07/01/2024

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>fluoxetine hydrochloride soln</i>	3	
<i>fluoxetine hydrochloride tabs</i>	4	
<i>fluphenazine decanoate inj</i>	3	
<i>fluphenazine hcl conc, inj</i>	2	
<i>fluphenazine hcl tabs 1mg</i>	3	
<i>fluphenazine hydrochloride elix</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
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	

ID de formulario: 24517, Versión: 15, Fecha efectiva: 07/01/2024

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>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	
<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	

ID de formulario: 24517, Versión: 15, Fecha efectiva: 07/01/2024

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
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	
<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

ID de formulario: 24517, Versión: 15, Fecha efectiva: 07/01/2024

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>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)
<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 sodium cr</i>	4	
<i>naproxen sodium er tb24 375mg</i>	4	

ID de formulario: 24517, Versión: 15, Fecha efectiva: 07/01/2024

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>naproxen sodium er tb24 500mg</i>	5	NEDS
<i>naproxen sodium tabs 275mg, 550mg</i>	1	
<i>naproxen sodium tb24 750mg</i>	4	
<i>naproxen tbec</i>	2	
<i>naproxen susp</i>	3	
<i>naproxen tabs 250mg, 375mg, 500mg</i>	1	
<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)
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	

ID de formulario: 24517, Versión: 15, Fecha efectiva: 07/01/2024

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>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	
<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</i>	2	
<i>divalproex sodium er</i>	3	
<i>divalproex sodium csdr</i>	2	

ID de formulario: 24517, Versión: 15, Fecha efectiva: 07/01/2024

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
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	
<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	

ID de formulario: 24517, Versión: 15, Fecha efectiva: 07/01/2024

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>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
<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
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

ID de formulario: 24517, Versión: 15, Fecha efectiva: 07/01/2024

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
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
Agentes antiinflamatorios		
<i>cromolyn sodium conc 100mg/5ml</i>	4	
<i>cromolyn sodium nebu 20mg/2ml</i>	5	PA BvD
DUPIXENT INJ 100MG/0.67ML, 200MG/1.14ML	5	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
FASENRA PEN	5	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
FASENRA INJ 10MG/0.5ML	4	PA
FASENRA INJ 30MG/ML	5	PA; NEDS
<i>montelukast sodium tabs</i>	1	
<i>montelukast sodium chew, pack</i>	2	
NUCALA INJ 100MG, 40MG/0.4ML	5	PA; NEDS
NUCALA INJ 100MG/ML	5	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
<i>zafirlukast</i>	3	
<i>zileuton er</i>	5	NEDS
Agentes del tracto respiratorio, varios		
BRONCHITOL	5	NEDS
PROLASTIN-C	5	PA; NEDS
XOLAIR INJ 150MG/ML, 150MG, 300MG/2ML, 75MG/0.5ML	5	PA; NEDS
XOLAIR INJ 150MG/ML	5	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
Agentes mucolíticos		
PULMOZYME	5	PA BvD; NEDS; SP-Optum Specialty
Agentes vasodilatadores		
ADEMPAS	5	PA; NEDS
<i>ambrisentan</i>	5	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
<i>bosentan</i>	5	PA; NEDS; SP-Optum Specialty

ID de formulario: 24517, Versión: 15, Fecha efectiva: 07/01/2024

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
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		
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

ID de formulario: 24517, Versión: 15, Fecha efectiva: 07/01/2024

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 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
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.

ID de formulario: 24517, Versión: 15, Fecha efectiva: 07/01/2024

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
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 TBPK	5	QL(110 EA por 365 días); PA; NEDS
OTEZLA TABS	5	QL(60 EA por 30 días); PA; NEDS
RASUVO INJ 10MG/0.2ML, 12.5MG/0.25ML, 15MG/0.3ML, 17.5MG/0.35ML, 20MG/0.4ML, 22.5MG/0.45ML, 25MG/0.5ML, 30MG/0.6ML, 7.5MG/0.15ML	4	
RINVOQ	5	QL(30 EA por 30 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
XELJANZ XR	5	QL(30 EA por 30 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
XELJANZ SOLN	5	QL(300 ML por 30 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
XELJANZ TABS	5	QL(60 EA por 30 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
Agentes terapéuticos varios		
<i>Agentes anabólicos óseos</i>		
EVENITY	5	PA; NEDS
<i>Agentes antigotosos</i>		
<i>allopurinol tabs 100mg, 300mg</i>	1	
<i>colchicine tabs</i>	2	

ID de formulario: 24517, Versión: 15, Fecha efectiva: 07/01/2024

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>colchicine caps</i>	3	
<i>febuxostat</i>	3	ST
GLOPERBA	4	
Agentes cariostáticos		
<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 crea</i>	2	
Agentes inmunomoduladores		
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
<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>ingolimod 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

ID de formulario: 24517, Versión: 15, Fecha efectiva: 07/01/2024

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
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 INJ 200MG/ML	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
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	
Disuasivos de alcohol		
<i>disulfiram 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

ID de formulario: 24517, Versión: 15, Fecha efectiva: 07/01/2024

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>Inhibidores de la resorción ósea</i>		
<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	
<i>Inhibidores del sistema caliceína-cinina</i>		
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
<i>Oligonucleótidos antisentido</i>		
TEGSEDI	5	QL(6 ML por 30 días); PA; NEDS
<i>Otros agentes terapéuticos varios</i>		
ARCALYST	5	PA; NEDS
<i>betaine anhydrous</i>	5	NEDS
CERDELGA	5	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
CYSTAGON	4	
<i>dalfampridine er</i>	3	SP-Optum Specialty
ELMIRON	4	
ENDARI	5	NEDS
EVRYSDI	5	PA; NEDS
FIRDAPSE	5	PA; NEDS
GALAFOLD	5	PA; NEDS
<i>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

ID de formulario: 24517, Versión: 15, Fecha efectiva: 07/01/2024

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>sapropterin dihydrochloride</i>	5	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
THIOLA EC	5	NEDS
<i>tiopronin tbec</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	
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	

ID de formulario: 24517, Versión: 15, Fecha efectiva: 07/01/2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>promethazine hcl tabs 12.5mg</i>	2	
<i>promethazine hydrochloride plain</i>	2	
<i>promethazine hydrochloride tabs 25mg, 50mg</i>	2	
Antihistamínicos de segunda generación		
<i>desloratadine</i>	2	
<i>desloratadine odt</i>	4	
<i>levocetirizine dihydrochloride tabs</i>	2	
Antitoxinas, inmunoglobulinas, toxoides y vacunas		
Antitoxinas y inmunoglobulinas		
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		
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

ID de formulario: 24517, Versión: 15, Fecha efectiva: 07/01/2024

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
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	
PEDIARIX INJ 25LFU/0.5ML; 10MCG/0.5ML; 58MCG/0.5ML; 0; 10LFU/0.5ML	6	
PEDVAX HIB INJ 7.5MCG/0.5ML	6	
PENBRA YA	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	
STAMARIL	6	
TICOVAC	6	
TRUMENBA	6	
TWINRIX	6	
TYPHIM VI	6	
VAQTA	6	
VARIVAX	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	

ID de formulario: 24517, Versión: 15, Fecha efectiva: 07/01/2024

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>enoxaparin sodium</i>	3	
<i>fondaparinux sodium inj 2.5mg/0.5ml</i>	4	
<i>fondaparinux sodium inj 10mg/0.8ml, 5mg/0.4ml, 7.5mg/0.6ml</i>	5	NEDS
FRAGMIN INJ 10000UNIT/4ML, 2500UNIT/0.2ML, 5000UNIT/0.2ML	3	
FRAGMIN INJ 10000UNIT/ML, 12500UNIT/0.5ML, 15000UNIT/0.6ML, 18000UNIT/0.72ML, 7500UNIT/0.3ML, 95000UNIT/3.8ML	5	NEDS
<i>heparin sodium</i>	2	
<i>heparin sodium/d5w</i>	2	
<i>jantoven</i>	1	
<i>prasugrel</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
TAVALISSE	5	QL(60 EA por 30 días); NEDS
<i>Hematopoietic Agents</i>		
DOPTELET	5	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
MOZOBIL	5	NEDS
NEULASTA	5	NEDS; SP-Optum Specialty
NEULASTA ONPRO KIT	5	NEDS
<i>plerixafor</i>	5	NEDS
PROCRIT INJ 2000UNIT/ML, 3000UNIT/ML, 4000UNIT/ML	3	SP-Optum Specialty
PROCRIT INJ 10000UNIT/ML, 20000UNIT/ML, 40000UNIT/ML	5	NEDS; SP-Optum Specialty
PROMACTA	5	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
RETACRIT INJ 10000UNIT/ML, 20000UNIT/2ML, 20000UNIT/ML, 2000UNIT/ML, 3000UNIT/ML, 4000UNIT/ML	3	SP-Optum Specialty
RETACRIT INJ 40000UNIT/ML	5	NEDS; SP-Optum Specialty
UDENYCA ONBODY	5	NEDS
UDENYCA INJ 6MG/0.6ML	5	NEDS

ID de formulario: 24517, Versión: 15, Fecha efectiva: 07/01/2024

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
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		
alpha-Adrenergic Blocking Agents		
CARDURA XL	4	
<i>doxazosin mesylate</i>	1	
<i>prazosin hydrochloride</i>	2	
<i>terazosin hcl</i>	2	
<i>terazosin hydrochloride</i>	2	
beta-Adrenergic Blocking Agents		
<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</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</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</i>	1	
<i>propranolol hydrochloride er</i>	3	
<i>sorine</i>	2	
<i>sotalol hcl</i>	1	
<i>sotalol hydrochloride (af)</i>	1	
<i>timolol maleate tabs 10mg, 20mg, 5mg</i>	2	
Hypotensive Agents		
<i>clonidine</i>	3	
<i>clonidine hydrochloride</i>	1	
<i>clonidine hydrochloride er</i>	3	

ID de formulario: 24517, Versión: 15, Fecha efectiva: 07/01/2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>hydralazine hcl</i>	1	
<i>hydralazine hydrochloride</i>	1	
<i>minoxidil</i>	1	
Vasodilating Agents		
<i>alyq</i>	5	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
<i>dipyridamole</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>vardenafil hydrochloride</i>	2	QL(4 EA por 30 días); EC
<i>vardenafil hydrochloride odt</i>	2	QL(4 EA por 30 días); EC
VERQUVO	4	
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	
OPVEE	3	QL(4 EA por 30 días)
VIVITROL	5	NEDS
Componentes dorados		
Componentes dorados		
RIDAURA	5	NEDS
Enzimas		
Enzimas		
REVCOVI	5	NEDS
SUCRAID	5	NEDS
Equilibrio de agua, electrolítico y calórico		
Agentes alcalinizantes		
<i>potassium citrate er</i>	2	
Agentes calóricos		

ID de formulario: 24517, Versión: 15, Fecha efectiva: 07/01/2024

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
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	
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

ID de formulario: 24517, Versión: 15, Fecha efectiva: 07/01/2024

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
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
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		

ID de formulario: 24517, Versión: 15, Fecha efectiva: 07/01/2024

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>amiloride hcl tabs</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 tbeq 25meq</i>	1	
<i>k-prime</i>	1	
<i>kcl 0.075%/d5w/nacl 0.45% inj 5%; 10meq/l; 0.45%</i>	2	
<i>kcl 0.15%/d5w/nacl 0.2%</i>	2	
<i>kcl 0.15%/d5w/nacl 0.45% inj 5%; 20meq/l; 0.45%</i>	2	
<i>kcl 0.15%/d5w/nacl 0.9% inj 5%; 20meq/l; 0.9%</i>	2	
<i>kcl 0.3%/d5w/nacl 0.45% inj 5%; 40meq/l; 0.45%</i>	2	
<i>kcl 0.3%/d5w/nacl 0.9% inj 5%; 40meq/l; 0.9%</i>	2	
<i>klor-con</i>	1	
<i>klor-con 10</i>	1	
<i>klor-con 8</i>	1	
<i>klor-con m10</i>	1	
<i>klor-con m15</i>	1	
<i>klor-con m20</i>	1	
<i>klor-con/ef</i>	1	
<i>lactated ringers inj 2.7meq/l; 109meq/l; 28meq/l; 4meq/l; 130meq/l</i>	2	
<i>potassium chloride er</i>	1	

ID de formulario: 24517, Versión: 15, Fecha efectiva: 07/01/2024

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>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 inj 100mg/10ml, 10mg/ml, 120mg/30ml, 20mg/5ml, 4mg/ml</i>	2	
<i>dexamethasone elix, soln</i>	2	
<i>dexamethasone tabs 0.5mg, 0.75mg, 1.5mg, 1mg, 2mg, 4mg, 6mg</i>	1	
FLOVENT DISKUS AEPB 100MCG/BLIST, 50MCG/BLIST	4	QL(180 EA por 90 días); ST
FLOVENT DISKUS AEPB 250MCG/BLIST	4	QL(720 EA por 90 días); ST
<i>fludrocortisone acetate tabs</i>	2	
<i>fluticasone propionate diskus aepb 100mcg/act, 50mcg/act</i>	4	QL(180 EA por 90 días); ST
<i>fluticasone propionate diskus aepb 250mcg/act</i>	4	QL(720 EA por 90 días); ST
<i>fluticasone propionate hfa aero 44mcg/act</i>	4	QL(63.6 GM por 90 días); ST
<i>fluticasone propionate hfa aero 110mcg/act, 220mcg/act</i>	4	QL(72 GM por 90 días); ST

ID de formulario: 24517, Versión: 15, Fecha efectiva: 07/01/2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>hydrocortisone 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 REDIHALER	3	QL(63.6 GM por 90 días)
SOLU-CORTEF INJ 100MG	4	
TRELEGY ELLIPTA	3	QL(180 EA por 90 días)
<i>triamcinolone acetonide inj 40mg/ml</i>	2	
Agentes antidiabéticos		
<i>acarbose tabs</i>	1	
BYDUREON BCISE	3	PA
BYETTA	4	PA
CYCLOSET	3	
FARXIGA	3	
<i>glimepiride</i>	1	
<i>glipizide er</i>	1	
<i>glipizide/metformin hydrochloride</i>	1	
<i>glipizide tabs 10mg, 5mg</i>	1	
<i>glyburide micronized</i>	1	
<i>glyburide/metformin hydrochloride</i>	1	
<i>glyburide tabs 1.25mg, 2.5mg, 5mg</i>	1	
GLYXAMBI	3	
HUMALOG	3	
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN	3	
HUMALOG KWIKPEN	3	
HUMALOG MIX 50/50	3	
HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN	3	
HUMALOG MIX 75/25	3	
HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN	3	
HUMULIN 70/30	3	
HUMULIN 70/30 KWIKPEN	3	
HUMULIN N	3	
HUMULIN N KWIKPEN	3	
HUMULIN R	3	
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED)	3	

ID de formulario: 24517, Versión: 15, Fecha efectiva: 07/01/2024

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
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	
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	

ID de formulario: 24517, Versión: 15, Fecha efectiva: 07/01/2024

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
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	
<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	
Agonistas y antagonistas de la somatoliberina		

ID de formulario: 24517, Versión: 15, Fecha efectiva: 07/01/2024

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
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
Agonistas y antagonistas de la somatostatina		
<i>lanreotide acetate</i>	5	NEDS
<i>octreotide acetate inj 100mcg/ml, 50mcg/ml</i>	2	
<i>octreotide acetate inj 1000mcg/ml, 100mcg/ml, 200mcg/ml, 500mcg/ml, 50mcg/ml</i>	2	SP-Optum Specialty
SIGNIFOR	5	QL(60 ML por 30 días); PA; NEDS
SOMATULINE DEPOT	5	NEDS
Andrógenos		
AVEED	4	
<i>danazol caps</i>	4	
<i>testosterone cypionate inj 100mg/ml, 200mg/ml</i>	2	
<i>testosterone enanthate inj</i>	2	
<i>testosterone pump</i>	3	
<i>testosterone gel 10mg/act, 20.25mg/1.25gm, 25mg/2.5gm, 40.5mg/2.5gm, 50mg/5gm</i>	3	
<i>testosterone soln</i>	4	
XYOSTED	4	
Anticonceptivos		

ID de formulario: 24517, Versión: 15, Fecha efectiva: 07/01/2024

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>amethia</i>	2	
<i>apri</i>	2	
<i>ashlyna</i>	2	
<i>aviane</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	
<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	

ID de formulario: 24517, Versión: 15, Fecha efectiva: 07/01/2024

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>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
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	

ID de formulario: 24517, Versión: 15, Fecha efectiva: 07/01/2024

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
Progestinas		
DEPO-SUBQ PROVERA 104	3	
<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	
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	

ID de formulario: 24517, Versión: 15, Fecha efectiva: 07/01/2024

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
SOLTAMOX	3	
<i>tamoxifen citrate</i>	2	
<i>toremifene citrate</i>	3	
<i>yuvafem</i>	3	
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
SPIRIVA RESPIMAT	3	QL(12 GM por 90 días)
STIOLTO RESPIMAT	3	QL(12 GM por 90 días)
YUPELRI	5	PA BvD; NEDS
<i>Agentes parasimpaticomiméticos (colinérgicos)</i>		
<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	
<i>Agentes simpaticolíticos (bloqueo adrenérgico)</i>		
<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	

ID de formulario: 24517, Versión: 15, Fecha efectiva: 07/01/2024

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>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 syrup</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
<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</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		

ID de formulario: 24517, Versión: 15, Fecha efectiva: 07/01/2024

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>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	
<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 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	

ID de formulario: 24517, Versión: 15, Fecha efectiva: 07/01/2024

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>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 cp24</i>	2	
<i>diltiazem hydrochloride er tb24 120mg, 180mg, 240mg, 300mg, 360mg</i>	2	
<i>diltiazem hydrochloride tabs 120mg</i>	1	
<i>felodipine er</i>	2	
<i>isradipine</i>	4	
<i>matzim la</i>	2	
<i>nicardipine hcl caps</i>	4	
<i>nifedipine er</i>	2	
<i>nifedipine caps</i>	2	
<i>nimodipine caps</i>	4	
<i>nisoldipine er</i>	4	
NYMALIZE SOLN 6MG/ML	5	NEDS
<i>olmesartan medoxomil/amlodipine/hydrochlorothiazide</i>	1	
<i>taztia xt</i>	2	
<i>telmisartan/amlodipine</i>	1	
<i>tiadytl 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 cp24 200mg</i>	3	
<i>verapamil hydrochloride er tbcr 180mg</i>	1	
<i>verapamil hydrochloride tabs 120mg</i>	1	
<i>Inhibidor del sistema renina-angiotensina-aldosterona</i>		
<i>aliskiren</i>	1	
<i>benazepril hcl tabs 10mg, 40mg, 5mg</i>	1	
<i>benazepril hydrochloride/hydrochlorothiazide</i>	1	
<i>benazepril hydrochloride tabs 20mg</i>	1	
<i>candesartan cilexetil</i>	1	
<i>candesartan cilexetil/hydrochlorothiazide</i>	1	
<i>captopril tabs</i>	1	
<i>enalapril maleate/hydrochlorothiazide</i>	1	
<i>enalapril maleate tabs</i>	1	
ENTRESTO	3	
<i>eplerenone</i>	2	
<i>fosinopril sodium</i>	1	
<i>fosinopril sodium/hydrochlorothiazide</i>	1	

ID de formulario: 24517, Versión: 15, Fecha efectiva: 07/01/2024

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>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	
<i>digoxin tabs 62.5mcg</i>	4	
<i>disopyramide phosphate</i>	4	
<i>dofetilide</i>	4	
<i>flecainide acetate</i>	2	
<i>mexiletine hcl</i>	2	
MULTAQ	3	
NORPACE CR	4	
<i>propafenone hcl</i>	2	
<i>propafenone hydrochloride er</i>	4	
<i>quinidine gluconate cr</i>	3	
<i>quinidine sulfate tabs</i>	2	
<i>ranolazine er</i>	3	

ID de formulario: 24517, Versión: 15, Fecha efectiva: 07/01/2024

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
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
<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		
<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	

ID de formulario: 24517, Versión: 15, Fecha efectiva: 07/01/2024

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
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
<i>ondansetron hydrochloride tabs</i>	2	PA BvD
<i>ondansetron odt</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	5	PA; NEDS
<i>lubiprostone</i>	3	
MOVANTIK	3	

ID de formulario: 24517, Versión: 15, Fecha efectiva: 07/01/2024

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
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
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	

ID de formulario: 24517, Versión: 15, Fecha efectiva: 07/01/2024

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

ID de formulario: 24517, Versión: 15, Fecha efectiva: 07/01/2024

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

ID de formulario: 24517, Versión: 15, Fecha efectiva: 07/01/2024

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
Midriáticos		
<i>atropine sulfate soln 1%</i>	2	
<i>cyclopentolate hcl soln 2%</i>	2	
<i>cyclopentolate hydrochloride soln</i>	2	
Recursos		
Recursos		
<i>alcohol prep pads</i>	2	
<i>b-d insulin syringe ultrafine ii/0.3ml/31g x 5/16"</i>	2	
<i>bd insulin syringe safetyglide/1ml/29g x 1/2"</i>	2	
<i>bd insulin syringe ultra-fine/0.5ml/30g x 12.7mm</i>	2	
<i>bd insulin syringe ultra-fine/1ml/31g x 8mm</i>	2	
<i>bd insulin syringe/u-100/1ml/27g x 1/2"</i>	2	
<i>bd insulin syringe/u-500/0.5ml/31g x 6mm</i>	2	
<i>bd pen needle/original/ultra-fine/29g x 12.7mm</i>	2	
<i>curity gauze pads 2"x2" 12 ply</i>	2	
<i>gauze pads 2"x2"</i>	2	
<i>gnp insulin syringe/0.3ml/30g x 5/16"</i>	2	
<i>gnp insulin syringe/0.5ml/30g x 5/16"</i>	2	
OMNIPOD 5 G6 INTRO KIT (GEN 5)	4	
OMNIPOD 5 G6 PODS (GEN 5)	4	
OMNIPOD 5 G7 INTRO KIT (GEN 5)	4	
OMNIPOD 5 G7 PODS (GEN 5)	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	

ID de formulario: 24517, Versión: 15, Fecha efectiva: 07/01/2024

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
MYRBETRIQ	3	
<i>oxybutynin chloride er</i>	2	
<i>oxybutynin chloride soln</i>	1	
<i>oxybutynin chloride tabs 5mg</i>	1	
<i>oxybutynin chloride tabs 2.5mg</i>	3	
<i>solifenacin succinate</i>	3	
<i>tolterodine tartrate</i>	3	
<i>tolterodine tartrate er</i>	3	
<i>trospium chloride</i>	3	
<i>trospium 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	

ID de formulario: 24517, Versión: 15, Fecha efectiva: 07/01/2024

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

ID de formulario: 24517, Versión: 15, Fecha efectiva: 07/01/2024

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

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

ID de formulario: 24517, Versión: 15, Fecha efectiva: 07/01/2024

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>mometasone furoate soln 0.1%</i>	2	
<i>nystatin/triamcinolone crea</i>	2	
<i>nystatin/triamcinolone oint</i>	3	
<i>oralone dental paste</i>	2	
<i>prednicarbate</i>	2	
<i>procto-med hc</i>	2	
<i>procto-pak</i>	2	
<i>proctosol hc</i>	2	
<i>proctozone-hc</i>	2	
TOVET	4	QL(200 GM por 30 días)
<i>triamcinolone acetamide dental paste</i>	2	
<i>triamcinolone acetamide aers 0.147mg/gm</i>	4	
<i>triamcinolone acetamide crea 0.025%, 0.1%, 0.5%</i>	2	
<i>triamcinolone acetamide lotn 0.025%, 0.1%</i>	2	
<i>triamcinolone acetamide oint 0.025%, 0.1%, 0.5%</i>	2	
<i>triamcinolone acetamide oint 0.05%</i>	3	
TRIANEX	3	
<i>triderm</i>	2	
TRITOCIN	3	
UCERIS	4	
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>acutane</i>	4	
<i>acitretin</i>	4	
<i>adapalene</i>	4	PA
<i>amnesteem</i>	2	
<i>azelaic acid</i>	3	
AZELEX	4	

ID de formulario: 24517, Versión: 15, Fecha efectiva: 07/01/2024

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

ID de formulario: 24517, Versión: 15, Fecha efectiva: 07/01/2024

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
ZENATANE	4	
Vitamina		
<i>Preparaciones multivitamínicas</i>		
<i>prenatal</i>	2	
Vitaminas		
<i>Complejo de Vitamina B</i>		
<i>cyanocobalamin inj 1000mcg/ml</i>	2	EC
<i>folic acid tabs 1mg</i>	1	EC
<i>niacin tabs 500mg</i>	2	
<i>niacor</i>	2	
<i>Vitamina D</i>		
<i>calcitriol caps 0.25mcg, 0.5mcg</i>	2	
<i>calcitriol soln 1mcg/ml</i>	2	
<i>doxercalciferol caps</i>	4	
<i>paricalcitol caps</i>	2	
RAYALDEE	4	
<i>vitamin d caps 50000unit</i>	1	QL(4 EA por 28 días); EC

ID de formulario: 24517, Versión: 15, Fecha efectiva: 07/01/2024

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>	31
<i>abacavir sulfate/lamivudine/zidovudine</i>	7	<i>almotriptan</i>	17
ABELCET	5	ALOCRIIL	59
ABILIFY ASIMTUFII	18	ALOMIDE	59
ABILIFY MAINTENA	18	<i>alose tron hydrochloride</i>	57
ABILIFY MYCITE	18	ALPHAGAN P	59
ABILIFY MYCITE MAINTENANCE KIT	18	<i>alprazolam</i>	24
ABILIFY MYCITE STARTER KIT	18	<i>alprazolam er</i>	24
<i>abiraterone acetate</i>	9	<i>alprazolam odt</i>	24
ABRYSVO	36	ALREX	60
<i>acamprosate calcium dr</i>	18	ALUNBRIG	9
<i>acarbose</i>	45	<i>alyq</i>	40
<i>accutane</i>	66	<i>amabelz</i>	51
<i>acebutolol hydrochloride</i>	39	<i>amantadine hcl</i>	17
<i>acetaminophen/codeine</i>	22	<i>ambrisentan</i>	28
<i>acetazolamide</i>	59	<i>amcinonide</i>	64
<i>acetazolamide er</i>	59	<i>amethia</i>	49
<i>acetic acid</i>	61	<i>amikacin sulfate</i>	2
<i>acetic acid 0.25%</i>	44	<i>amiloride hcl</i>	43
<i>acetylcysteine</i>	33	<i>amiloride/hydrochlorothiazide</i>	43
<i>acitretin</i>	66	<i>aminocaproic acid</i>	37
ACTHIB	36	AMINOSYN II	41
ACTIMMUNE	32	AMINOSYN-PF 7%	41
<i>acyclovir</i>	7	<i>amiodarone hydrochloride</i>	56
<i>acyclovir</i>	63	<i>amitriptyline hcl</i>	19
<i>acyclovir sodium</i>	7	<i>amitriptyline hydrochloride</i>	19
ADACEL	36	<i>amlodipine besylate</i>	54
<i>adapalene</i>	66	<i>amlodipine besylate/atorvastatin calcium</i>	54
<i>adefovir dipivoxil</i>	7	<i>amlodipine besylate/benazepril hydrochloride</i>	54
ADEMPAS	28	<i>amlodipine besylate/valsartan</i>	54
ADTHYZA	47	<i>amlodipine/olmesartan medoxomil</i>	54
AIMOVIG	17	<i>amlodipine/valsartan/hydrochlorothiazide</i>	54
AKEEGA	9	<i>ammonium lactate</i>	66
<i>ala-cort</i>	64	<i>amnesteem</i>	66
<i>albendazole</i>	5	<i>amoxapine</i>	19
<i>albuterol sulfate</i>	53	<i>amoxicillin</i>	2
<i>albuterol sulfate hfa</i>	53	<i>amoxicillin/clavulanate potassium</i>	2
<i>alclometasone dipropionate</i>	64	<i>amoxicillin/clavulanate potassium er</i>	2
<i>alcohol prep pads</i>	62	<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: 15, Fecha efectiva: 07/01/2024

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	AYVAKIT	9
<i>anagrelide hydrochloride</i>	37	AZASITE	61
<i>anastrozole</i>	51	<i>azathioprine</i>	33
ANORO ELLIPTA	52	<i>azelaic acid</i>	66
APLENZIN	19	<i>azelastine hcl</i>	59
<i>apraclonidine</i>	61	<i>azelastine hydrochloride</i>	59
<i>aprepitant</i>	58	AZELEX	66
<i>apri</i>	49	<i>azithromycin</i>	2
APTIOM	25	<i>aztreonam</i>	2
APTIVUS	7	<i>bacitracin</i>	61
ARCALYST	34	<i>bacitracin/polymyxin b</i>	61
AREXVY	36	<i>baclofen</i>	53
<i>arformoterol tartrate</i>	53	BAFIERTAM	32
ARIKAYCE	2	<i>balsalazide disodium</i>	57
<i>aripiprazole</i>	19	BALVERSA	10
<i>aripiprazole odt</i>	19	<i>balziva</i>	49
ARISTADA	19	BAQSIMI ONE PACK	46
ARISTADA INITIO	19	BAQSIMI TWO PACK	46
<i>armodafinil</i>	16	BAXDELA	2
ARMOUR THYROID	47	BCG VACCINE	36
<i>asenapine maleate sl</i>	19	<i>bd insulin syringe safetyglide/1ml/29g x</i>	62
<i>ashlyna</i>	49	<i>1/2"</i>	
<i>aspirin/dipyridamole er</i>	37	<i>b-d insulin syringe ultrafine ii/0.3ml/31g x</i>	62
<i>atazanavir</i>	7	<i>5/16"</i>	
<i>atazanavir sulfate</i>	7	<i>bd insulin syringe ultra-fine/0.5ml/30g x</i>	62
<i>atenolol</i>	39	<i>12.7mm</i>	
<i>atenolol/chlorthalidone</i>	39	<i>bd insulin syringe ultra-fine/1ml/31g x 8mm</i>	62
<i>atomoxetine</i>	18	<i>bd insulin syringe/u-100/1ml/27g x 1/2"</i>	62
<i>atomoxetine hydrochloride</i>	18	<i>bd insulin syringe/u-500/0.5ml/31g x 6mm</i>	62
<i>atorvastatin calcium</i>	54	<i>bd pen needle/original/ultra-fine/29g x</i>	62
<i>atovaquone</i>	6	<i>12.7mm</i>	
<i>atovaquone/proguanil hcl</i>	6	BELBUCA	22
<i>atropine sulfate</i>	62	BELSOMRA	24
ATROVENT HFA	52	<i>benazepril hcl</i>	55
AUBAGIO	32	<i>benazepril hydrochloride</i>	55
AUGMENTIN	2	<i>benazepril</i>	55
AUGTYRO	9	<i>hydrochloride/hydrochlorothiazide</i>	
AURYXIA	42	BENLYSTA	33
AUSTEDO	27	BENZNIDAZOLE	6
AUVELITY	19	<i>benzonatate</i>	29
AVEED	48	<i>benztropine mesylate</i>	17
<i>aviane</i>	49	<i>bepotastine besilate</i>	59
<i>avita</i>	66	BERINERT	34
AVONEX	32	BESIVANCE	61
AVONEX PEN	32	BESREMI	10
AVYCAZ	2	<i>betaine anhydrous</i>	34

ID de formulario: 24517, Versión: 15, Fecha efectiva: 07/01/2024

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>betamethasone dipropionate</i>	64	<i>budesonide/formoterol fumarate dihydrate</i>	44
<i>betamethasone dipropionate augmented</i>	64	<i>bumetanide</i>	43
<i>betamethasone valerate</i>	64	<i>buprenorphine</i>	22
BETASERON	32	<i>buprenorphine hcl</i>	22
<i>betaxolol hcl</i>	39	<i>buprenorphine hcl/naloxone hcl</i>	22
<i>betaxolol hcl</i>	59	<i>buprenorphine hydrochloride/naloxone hydrochloride</i>	22
<i>bethanechol chloride</i>	52	<i>bupropion hcl</i>	19
BETIMOL	59	<i>bupropion hydrochloride</i>	19
BETOPTIC-S	59	<i>bupropion hydrochloride er (sr)</i>	19
BEVESPI AEROSPHERE	52	<i>bupropion hydrochloride er (xl)</i>	19
<i>bexarotene</i>	10	<i>buspironone hcl</i>	24
<i>bexarotene</i>	67	<i>buspironone hydrochloride</i>	24
BEXSERO	36	<i>butorphanol tartrate</i>	22
<i>bicalutamide</i>	10	BYDUREON BCISE	45
BICILLIN C-R	2	BYETTA	45
BICILLIN L-A	2	BYLVAY	58
BIKTARVY	7	BYLVAY (PELLETS)	58
<i>bimatoprost</i>	59	<i>cabergoline</i>	17
<i>bismuth subcitrate</i>	57	CABLIVI	37
<i>pot/metronidazole/tetracycline hydrochloride</i>		CABOMETYX	10
<i>bisoprolol fumarate</i>	39	<i>calcipotriene</i>	67
<i>bisoprolol fumarate/hydrochlorothiazide</i>	39	<i>calcipotriene/betamethasone dipropionate</i>	65
BIVIGAM	36	<i>calcitonin salmon</i>	47
BOOSTRIX	36	<i>calcitonin-salmon</i>	47
<i>bortezomib</i>	10	<i>calcitriol</i>	67
<i>bosentan</i>	28	<i>calcitriol</i>	68
BOSULIF	10	<i>calcium acetate</i>	43
BRAFTOVI	10	CALQUENCE	10
BREO ELLIPTA	44	<i>camila</i>	49
BREYNA	44	CAMZYOS	56
BREZTRI AEROSPHERE	44	<i>candesartan cilexetil</i>	55
<i>briellyn</i>	49	<i>candesartan cilexetil/hydrochlorothiazide</i>	55
BRILINTA	37	CAPLYTA	19
<i>brimonidine tartrate</i>	59	CAPRELSA	10
<i>brimonidine tartrate/timolol maleate</i>	59	<i>captopril</i>	55
<i>brinzolamide</i>	59	<i>carbamazepine</i>	25
BRIVIACT	25	<i>carbamazepine er</i>	25
<i>bromfenac</i>	60	<i>carbidopa</i>	17
<i>bromfenac sodium</i>	60	<i>carbidopa/levodopa</i>	17
<i>bromocriptine mesylate</i>	17	<i>carbidopa/levodopa er</i>	17
BROMSITE	60	<i>carbidopa/levodopa odt</i>	17
BRONCHITOL	28	<i>carbidopa/levodopa/entacapone</i>	17
BRUKINSA	10	CARDURA XL	39
<i>budesonide</i>	44	<i>carglumic acid</i>	42
<i>budesonide</i>	65	<i>carteolol hcl</i>	59
<i>budesonide er</i>	44		

ID de formulario: 24517, Versión: 15, Fecha efectiva: 07/01/2024

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>cartia xt</i>	55	<i>cimetidine</i>	57
<i>carvedilol</i>	39	<i>cinacalcet hydrochloride</i>	47
<i>carvedilol phosphate er</i>	39	CINRYZE	34
<i>caspofungin acetate</i>	6	<i>ciprofloxacin</i>	3
CAYSTON	2	<i>ciprofloxacin</i>	61
<i>cefaclor</i>	2	<i>ciprofloxacin hcl</i>	3
<i>cefadroxil</i>	2	<i>ciprofloxacin hydrochloride</i>	3
<i>cefazolin</i>	2	<i>ciprofloxacin hydrochloride</i>	61
<i>cefazolin sodium</i>	2	<i>ciprofloxacin i.v.-in d5w</i>	3
<i>cefazolin sodium/dextrose</i>	2	<i>ciprofloxacin/dexamethasone</i>	60
<i>cefdinir</i>	2	<i>citalopram hydrobromide</i>	19
<i>cefepime</i>	2	<i>claravis</i>	67
<i>cefepime hydrochloride</i>	2	<i>clarithromycin</i>	3
<i>cefepime/dextrose</i>	2	<i>clarithromycin er</i>	3
<i>cefixime</i>	2	CLENPIQ	58
<i>cefotetan</i>	2	CLEOCIN	63
<i>cefoxitin sodium</i>	2	<i>clindacin</i>	63
<i>cefpodoxime proxetil</i>	2	<i>clindacin etz pledgets</i>	63
<i>cefprozil</i>	2	<i>clindacin-p</i>	63
<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>	63
<i>celecoxib</i>	22	<i>clindamycin phosphate/benzoyl peroxide</i>	63
CELONTIN	25	<i>clindamycin phosphate/dextrose</i>	3
<i>cephalexin</i>	3	<i>clindamycin/benzoyl peroxide</i>	63
CERDELGA	34	CLINIMIX 4.25%/DEXTROSE 10%	41
<i>cevimeline hydrochloride</i>	52	CLINIMIX 4.25%/DEXTROSE 5%	41
CHEMET	35	CLINIMIX 5%/DEXTROSE 15%	41
<i>chlordiazepoxide/amitriptyline</i>	19	CLINIMIX 5%/DEXTROSE 20%	41
<i>chlorhexidine gluconate</i>	61	CLINIMIX 6/5	41
<i>chloroquine phosphate</i>	6	CLINIMIX 8/10	41
<i>chlorpromazine hcl</i>	19	CLINIMIX E 2.75%/DEXTROSE 5%	41
<i>chlorpromazine hydrochloride</i>	19	CLINIMIX E 4.25%/DEXTROSE 10%	41
<i>chlorthalidone</i>	43	CLINIMIX E 4.25%/DEXTROSE 5%	41
CHOLBAM	58	CLINIMIX E 5%/DEXTROSE 15%	41
<i>cholestyramine</i>	54	CLINIMIX E 5%/DEXTROSE 20%	41
<i>cholestyramine light</i>	54	CLINIMIX E 8/10	41
<i>ciclopirox</i>	63	CLINISOL SF 15%	41
<i>ciclopirox nail lacquer</i>	63	<i>clobazam</i>	25
<i>ciclopirox olamine</i>	63	<i>clobetasol propionate</i>	65
<i>cidofovir</i>	7	<i>clobetasol propionate e</i>	65
<i>cilostazol</i>	37	<i>clobetasol propionate emollient</i>	65
CIMDUO	7	<i>clocortolone pivalate</i>	65

ID de formulario: 24517, Versión: 15, Fecha efectiva: 07/01/2024

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>clodan</i>	65	CYCLOSET	45
<i>clomipramine hydrochloride</i>	19	<i>cyclosporine</i>	33
<i>clonazepam</i>	25	<i>cyclosporine</i>	60
<i>clonazepam odt</i>	25	<i>cyclosporine modified</i>	33
<i>clonidine</i>	39	<i>cyproheptadine hcl</i>	35
<i>clonidine hydrochloride</i>	39	<i>cyproheptadine hydrochloride</i>	35
<i>clonidine hydrochloride er</i>	39	CYSTAGON	34
<i>clopidogrel</i>	37	CYSTARAN	61
<i>clorazepate dipotassium</i>	24	<i>dabigatran etexilate</i>	37
<i>clotrimazole</i>	63	<i>dalfampridine er</i>	34
<i>clotrimazole/betamethasone dipropionate</i>	63	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	36
<i>colchicine</i>	31	<i>daptomycin</i>	3
<i>colesevelam hydrochloride</i>	54	<i>daptomycin/sodium chloride</i>	3
<i>colestipol hcl</i>	54	<i>darifenacin hydrobromide er</i>	62
<i>colistimethate sodium</i>	3	<i>darunavir</i>	7
COMBIPATCH	51	DARZALEX	10
COMBIVENT RESPIMAT	53	DAURISMO	10
COMETRIQ	10	DAYVIGO	24
COMPLERA	7	<i>deblitane</i>	49
CONDYLOX	67	<i>deferasirox</i>	35
<i>constulose</i>	42	<i>deferiprone</i>	35
COPAXONE	32	DELSTRIGO	7
COPIKTRA	10	<i>demeclocycline hcl</i>	3
CORDRAN	65	DENGVAXIA	36
CORLANOR	56	DEPO-ESTRADIOL	51
CORTIFOAM	16	DEPO-MEDROL	44
CORTISPORIN-TC	60	DEPO-SUBQ PROVERA	104 51
CORTROPHIN	50	DESCOVY	7
COSENTYX	30	<i>desipramine hydrochloride</i>	19
COSENTYX SENSOREADY PEN	30	<i>desloratadine</i>	36
COSENTYX UNOREADY	30	<i>desloratadine odt</i>	36
COTELLIC	10	<i>desmopressin acetate</i>	50
CREON	58	<i>desogestrel/ethinyl estradiol</i>	49
<i>cromolyn sodium</i>	28	<i>desonide</i>	65
<i>cromolyn sodium</i>	59	<i>desoximetasone</i>	65
<i>curity gauze pads 2"x2" 12 ply</i>	62	DESRX	65
CUVITRU	36	<i>desvenlafaxine er</i>	19
<i>cyanocobalamin</i>	68	<i>dexamethasone</i>	44
<i>cyclobenzaprine hydrochloride</i>	53	<i>dexamethasone 10-day dose pack</i>	44
<i>cyclopentolate hcl</i>	62	<i>dexamethasone 13-day dose pack</i>	44
<i>cyclopentolate hydrochloride</i>	62	<i>dexamethasone 6-day dose pack</i>	44
<i>cyclophosphamide</i>	10	<i>dexamethasone intensol</i>	44

ID de formulario: 24517, Versión: 15, Fecha efectiva: 07/01/2024

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>dexamethasone sodium phosphate</i>	44	DILANTIN	25
<i>dexamethasone sodium phosphate</i>	60	DILANTIN INFATABS	25
DEXLANSOPRAZOLE	57	DILANTIN-125	25
<i>dexmethylphenidate hcl</i>	16	<i>diltiazem hcl</i>	55
<i>dexmethylphenidate hcl er</i>	16	<i>diltiazem hcl cd</i>	55
<i>dexmethylphenidate hydrochloride</i>	16	<i>diltiazem hcl er</i>	55
<i>dexmethylphenidate hydrochloride er</i>	16	<i>diltiazem hydrochloride</i>	55
<i>dextroamphetamine sulfate</i>	16	<i>diltiazem hydrochloride er</i>	55
<i>dextroamphetamine sulfate er</i>	16	<i>dilt-xr</i>	55
<i>dextrose 10%</i>	41	<i>dimethyl fumarate</i>	32
<i>dextrose 10%/sodium chloride 0.2%</i>	43	<i>dimethyl fumarate starterpack</i>	32
<i>dextrose 10%/sodium chloride 0.45%</i>	43	<i>diphenhydramine hydrochloride</i>	35
<i>dextrose 2.5%/sodium chloride 0.45%</i>	43	<i>diphtheria/tetanus toxoids adsorbed</i>	36
<i>dextrose 5%</i>	41	<i>pediatric</i>	
<i>dextrose 5%/sodium chloride 0.2%</i>	43	<i>dipyridamole</i>	40
<i>dextrose 5%/sodium chloride 0.3%</i>	43	<i>disopyramide phosphate</i>	56
<i>dextrose 5%/sodium chloride 0.33%</i>	43	<i>disulfiram</i>	33
<i>dextrose 5%/sodium chloride 0.45%</i>	43	<i>divalproex sodium</i>	25
<i>dextrose 5%/sodium chloride 0.9%</i>	43	<i>divalproex sodium dr</i>	25
<i>dextrose 50%</i>	41	<i>divalproex sodium er</i>	25
<i>dextrose 70%</i>	41	<i>docetaxel</i>	10
<i>dextrose/sodium chloride</i>	43	<i>dofetilide</i>	56
DIACOMIT	25	<i>donepezil hcl</i>	52
<i>diazepam</i>	25	<i>donepezil hydrochloride</i>	52
<i>diazepam intensol</i>	24	DOPTELET	38
<i>diazepam rectal gel</i>	25	<i>dorzolamide hcl/timolol maleate</i>	59
<i>diazoxide</i>	46	<i>dorzolamide hydrochloride</i>	59
<i>dichlorphenamide</i>	33	<i>dorzolamide hydrochloride/timolol maleate</i>	59
<i>diclofenac epolamine</i>	22	<i>pf</i>	
<i>diclofenac potassium</i>	22	<i>dotti</i>	51
<i>diclofenac sodium</i>	60	DOVATO	7
<i>diclofenac sodium</i>	65	<i>doxazosin mesylate</i>	39
<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>	66
<i>dicloxacillin sodium</i>	3	<i>doxercalciferol</i>	68
<i>dicyclomine hcl</i>	52	DOXY 100	3
<i>dicyclomine hydrochloride</i>	52	<i>doxycycline</i>	3
DIFICID	3	<i>doxycycline hyclate</i>	3
<i>diflorasone diacetate</i>	65	<i>doxycycline hyclate dr</i>	3
<i>diflunisal</i>	22	<i>doxycycline monohydrate</i>	3
<i>difluprednate</i>	60	DRIZALMA SPRINKLE	19
<i>digitek</i>	56	<i>dronabinol</i>	58
<i>digox</i>	56	<i>drospirenone/ethinyl estradiol</i>	49
<i>digoxin</i>	56	DROXIA	10
<i>dihydroergotamine mesylate</i>	52	<i>droxidopa</i>	53

ID de formulario: 24517, Versión: 15, Fecha efectiva: 07/01/2024

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>duloxetine hcl</i>	19	EPCLUSA	7
<i>duloxetine hydrochloride</i>	19	EPIDIOLEX	26
DUPIXENT	28	<i>epinastine hcl</i>	59
DUPIXENT	67	<i>epinephrine</i>	53
<i>dutasteride</i>	33	<i>epitol</i>	26
<i>dutasteride/tamsulosin hydrochloride</i>	33	<i>eplerenone</i>	55
<i>ec-naproxen</i>	22	EPRONTIA	26
<i>econazole nitrate</i>	63	EQUETRO	26
EDURANT	7	<i>ergoloid mesylates</i>	52
<i>efavirenz</i>	7	ERIVEDGE	10
<i>efavirenz/emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate</i>	7	ERLEADA	11
<i>efavirenz/lamivudine/tenofovir disoproxil fumarate</i>	7	<i>erlotinib hydrochloride</i>	11
<i>effe-k</i>	43	<i>errin</i>	49
EGRIFTA SV	48	<i>ertapenem</i>	3
ELESTRIN	51	<i>ertapenem sodium</i>	3
<i>eletriptan hydrobromide</i>	17	<i>ery</i>	63
ELIGARD	50	<i>erythromycin</i>	3
ELIQUIS	37	<i>erythromycin</i>	61
ELIQUIS STARTER PACK	37	<i>erythromycin</i>	63
<i>elixophyllin</i>	63	<i>erythromycin base</i>	3
ELMIRON	34	<i>erythromycin dr</i>	3
<i>eluryng</i>	49	<i>erythromycin ethylsuccinate</i>	3
EMCYT	10	<i>erythromycin/benzoyl peroxide</i>	63
EMGALITY	17	ESBRIET	27
EMSAM	17	<i>escitalopram oxalate</i>	19
<i>emtricitabine</i>	7	<i>esomeprazole magnesium</i>	57
<i>emtricitabine/tenofovir disoproxil</i>	7	<i>estazolam</i>	25
<i>emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate</i>	7	<i>estradiol</i>	51
EMTRIVA	7	<i>estradiol valerate</i>	51
<i>enalapril maleate</i>	55	<i>estradiol/norethindrone acetate</i>	51
<i>enalapril maleate/hydrochlorothiazide</i>	55	ESTRING	51
ENBREL	30	<i>eszopiclone</i>	25
ENBREL MINI	30	<i>ethacrynic acid</i>	43
ENBREL SURECLICK	30	<i>ethambutol hydrochloride</i>	5
ENDARI	34	<i>ethosuximide</i>	26
<i>endocet</i>	22	<i>etodolac</i>	22
ENGERIX-B	36	<i>etodolac er</i>	22
<i>enilloring</i>	49	<i>etonogestrel/ethinyl estradiol</i>	49
<i>enoxaparin sodium</i>	38	<i>etravirine</i>	7
<i>entacapone</i>	17	EUCRISA	65
<i>entecavir</i>	7	<i>euthyrox</i>	47
ENTRESTO	55	EVAMIST	51
<i>enulose</i>	42	EVENITY	31
ENVARUSUS XR	33	<i>everolimus</i>	11
		<i>everolimus</i>	33
		EVOTAZ	7

ID de formulario: 24517, Versión: 15, Fecha efectiva: 07/01/2024

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
EVRYSDI	34	<i>flunisolide</i>	60
<i>exemestane</i>	51	<i>fluocinolone acetonide</i>	60
EXKIVITY	11	<i>fluocinolone acetonide</i>	65
EXSERVAN	18	<i>fluocinolone acetonide body</i>	65
EXTAVIA	32	<i>fluocinolone acetonide scalp</i>	65
<i>ezetimibe</i>	54	<i>fluocinolone acetonide topical</i>	16
<i>ezetimibe/simvastatin</i>	54	<i>fluocinonide</i>	65
<i>falmina</i>	49	<i>fluocinonide emulsified base</i>	65
<i>famciclovir</i>	7	<i>fluorometholone</i>	60
<i>famotidine</i>	57	<i>flurouracil</i>	67
FANAPT	19	<i>fluoxetine dr</i>	19
FANAPT TITRATION PACK	19	<i>fluoxetine hydrochloride</i>	19
FARXIGA	45	<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>	55	<i>flurbiprofen</i>	23
FEMRING	51	<i>flurbiprofen sodium</i>	60
<i>fenofibrate</i>	54	<i>flutamide</i>	11
<i>fenofibrate micronized</i>	54	<i>fluticasone propionate</i>	60
<i>fenofibric acid dr</i>	54	<i>fluticasone propionate</i>	65
<i>fentanyl</i>	23	<i>fluticasone propionate diskus</i>	44
<i>fentanyl citrate</i>	22	<i>fluticasone propionate hfa</i>	44
<i>fentanyl citrate oral transmucosal</i>	22	<i>fluticasone propionate/salmeterol</i>	53
<i>fesoterodine fumarate er</i>	62	<i>fluticasone propionate/salmeterol diskus</i>	53
FETZIMA	19	<i>fluvastatin</i>	54
FETZIMA TITRATION PACK	19	<i>fluvastatin sodium er</i>	54
<i>finasteride</i>	33	<i>fluvoxamine maleate</i>	20
<i>finngolimod hydrochloride</i>	32	<i>fluvoxamine maleate er</i>	20
FINTEPLA	26	FML	60
<i>finzala</i>	49	FML FORTE	60
FIRDAPSE	34	<i>folic acid</i>	68
FIRMAGON	50	<i>fondaparinux sodium</i>	38
FIRVANQ	3	<i>formoterol fumarate</i>	53
<i>flac</i>	60	FORTEO	47
FLAREX	60	<i>fosamprenavir calcium</i>	7
<i>flavoxate hcl</i>	62	<i>fosfomycin tromethamine</i>	5
FLEBOGAMMA DIF	36	<i>fosinopril sodium</i>	55
<i>flecainide acetate</i>	56	<i>fosinopril sodium/hydrochlorothiazide</i>	55
FLOLIPID	54	FOTIVDA	11
FLOVENT DISKUS	44	FRAGMIN	38
<i>fluconazole</i>	6	FREAMINE III	41
<i>fluconazole in sodium chloride</i>	6	<i>frovatriptan succinate</i>	17
<i>flucytosine</i>	6	FRUZAQLA	11
<i>fludrocortisone acetate</i>	44	<i>furosemide</i>	43

ID de formulario: 24517, Versión: 15, Fecha efectiva: 07/01/2024

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
FUZEON	7	<i>glycopyrrolate</i>	52
<i>fyavolv</i>	51	<i>glydo</i>	16
FYCOMPA	26	GLYXAMBI	45
<i>gabapentin</i>	26	<i>gnp insulin syringe/0.3ml/30g x 5/16"</i>	62
GALAFOLD	34	<i>gnp insulin syringe/0.5ml/30g x 5/16"</i>	62
<i>galantamine hydrobromide</i>	52	GOCOVRI	17
<i>galantamine hydrobromide er</i>	52	<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	47
GARDASIL 9	36	GVOKE HYPOPEN 2-PACK	47
<i>gatifloxacin</i>	61	GVOKE KIT	47
GATTEX	58	GVOKE PFS	47
<i>gauze pads 2"x2"</i>	62	GYNAZOLE-1	63
<i>gavilyte-c</i>	58	HAEGARDA	34
<i>gavilyte-g</i>	58	<i>halcinonide</i>	65
<i>gavilyte-n/ flavor pack</i>	58	<i>halobetasol propionate</i>	65
GAVRETO	11	<i>haloette</i>	49
<i>gefitinib</i>	11	<i>haloperidol</i>	20
<i>gemfibrozil</i>	54	<i>haloperidol decanoate</i>	20
GEMTESA	62	<i>haloperidol lactate</i>	20
<i>generlac</i>	42	HARVONI	7
GENGRAF	33	HAVRIX	36
GENOTROPIN	48	<i>heather</i>	49
GENOTROPIN MINIQUICK	48	<i>heparin sodium</i>	38
<i>gentak</i>	61	<i>heparin sodium/d5w</i>	38
<i>gentamicin sulfate</i>	4	HEPATAMINE	41
<i>gentamicin sulfate</i>	61	HEPLISAV-B	36
<i>gentamicin sulfate</i>	63	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>	45	HUMALOG JUNIOR KWIKPEN	45
<i>glipizide</i>	45	HUMALOG KWIKPEN	45
<i>glipizide er</i>	45	HUMALOG MIX 50/50	45
<i>glipizide/metformin hydrochloride</i>	45	HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN	45
GLOPERBA	32	HUMALOG MIX 75/25	45
GLUCAGEN HYPOKIT	47	HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN	45
GLUCAGON EMERGENCY KIT	47	HUMIRA	31
GLUCAGON EMERGENCY KIT FOR	47	HUMIRA PEDIATRIC CROHNS	30
LOW BLOOD SUGAR		DISEASE STARTER PACK	
<i>glyburide</i>	45	HUMIRA PEN	30
<i>glyburide micronized</i>	45	HUMIRA PEN-CD/UC/HS STARTER	30
<i>glyburide/metformin hydrochloride</i>	45		

ID de formulario: 24517, Versión: 15, Fecha efectiva: 07/01/2024

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
HUMIRA PEN-PEDIATRIC UC	30	<i>imatinib mesylate</i>	11
STARTER PACK		IMBRUVICA	11
HUMIRA PEN-PS/UV STARTER	30	<i>imipenem/cilastatin</i>	4
HUMULIN 70/30	45	<i>imipramine hcl</i>	20
HUMULIN 70/30 KWIKPEN	45	<i>imipramine hydrochloride</i>	20
HUMULIN N	45	<i>imipramine pamoate</i>	20
HUMULIN N KWIKPEN	45	<i>imiquimod</i>	67
HUMULIN R	45	<i>imiquimod pump</i>	67
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED)	45	IMOVAX RABIES (H.D.C.V.)	37
HUMULIN R U-500 KWIKPEN	46	IMPAVIDO	6
<i>hydralazine hcl</i>	40	IMVEXXY MAINTENANCE PACK	51
<i>hydralazine hydrochloride</i>	40	IMVEXXY STARTER PACK	51
<i>hydrochlorothiazide</i>	43	INBRIJA	17
<i>hydrocodone bitartrate er</i>	23	INCRELEX	48
<i>hydrocodone bitartrate/acetaminophen</i>	23	INCRUSE ELLIPTA	52
<i>hydrocodone bitartrate/homatropine</i>	29	<i>indapamide</i>	43
<i>methylbromide</i>		<i>indomethacin</i>	23
<i>hydrocodone polistirex/chlorpheniramine</i>	29	<i>indomethacin er</i>	23
<i>polistirex</i>		INFANRIX	36
<i>hydrocodone/acetaminophen</i>	23	INGREZZA	27
<i>hydrocodone/ibuprofen</i>	23	INLYTA	11
<i>hydrocortisone</i>	45	INQOVI	11
<i>hydrocortisone</i>	65	INREBIC	11
<i>hydrocortisone acetate/pramoxine</i>	66	INTELENCE	8
<i>hydrocortisone butyrate</i>	65	INTRALIPID	41
<i>hydrocortisone valerate</i>	65	INTRAROSA	45
<i>hydrocortisone/acetic acid</i>	60	INTRON A	11
<i>hydromorphone hcl</i>	23	<i>introvale</i>	49
<i>hydromorphone hcl er</i>	23	INVEGA HAFYERA	20
<i>hydromorphone hydrochloride er</i>	23	INVEGA SUSTENNA	20
<i>hydroxychloroquine sulfate</i>	6	INVEGA TRINZA	20
<i>hydroxyurea</i>	11	INVELTYS	60
<i>hydroxyzine hcl</i>	25	IPOL INACTIVATED IPV	37
<i>hydroxyzine hydrochloride</i>	25	<i>ipratropium bromide</i>	52
<i>hydroxyzine pamoate</i>	25	<i>ipratropium bromide/albuterol sulfate</i>	53
HYFTOR	67	<i>irbesartan</i>	56
<i>ibandronate sodium</i>	34	<i>irbesartan/hydrochlorothiazide</i>	56
IBRANCE	11	IRESSA	11
<i>ibu</i>	23	ISENTRESS	8
<i>ibuprofen</i>	23	ISENTRESS HD	8
<i>icatibant acetate</i>	34	<i>isoniazid</i>	5
<i>iclevia</i>	49	<i>isosorbide dinitrate</i>	40
ICLUSIG	11	<i>isosorbide dinitrate/hydralazine</i>	40
<i>icosapent ethyl</i>	54	<i>hydrochloride</i>	
IDHIFA	11	<i>isosorbide mononitrate</i>	40
ILEVRO	60	<i>isosorbide mononitrate er</i>	40

ID de formulario: 24517, Versión: 15, Fecha efectiva: 07/01/2024

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>isotonic gentamicin</i>	4	<i>ketorolac tromethamine</i>	60
<i>isotretinoin</i>	67	KINERET	31
<i>isradipine</i>	55	KINRIX	36
<i>itraconazole</i>	6	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	67
JAKAFI	12	<i>klor-con</i>	43
<i>jantoven</i>	38	<i>klor-con 10</i>	43
JANUMET	46	<i>klor-con 8</i>	43
JANUMET XR	46	<i>klor-con m10</i>	43
JANUVIA	46	<i>klor-con m15</i>	43
JARDIANCE	46	<i>klor-con m20</i>	43
JAYPIRCA	12	<i>klor-con/ef</i>	43
JENTADUETO	46	KORLYM	46
JENTADUETO XR	46	KOSELUGO	12
<i>jinteli</i>	51	<i>kourzeq</i>	16
<i>joyeaux</i>	49	<i>k-prime</i>	43
JULUCA	8	KRAZATI	12
<i>junel 1.5/30</i>	49	KRISTALOSE	42
<i>junel 1/20</i>	49	KYNMOBI	17
<i>junel fe 1.5/30</i>	49	KYPROLIS	12
<i>junel fe 1/20</i>	49	<i>labetalol hydrochloride</i>	39
<i>junel fe 24</i>	49	<i>lacosamide</i>	26
JUXTAPID	54	<i>lactated ringers</i>	43
JYLAMVO	12	<i>lactulose</i>	42
JYNNEOS	37	LAGEVRIO	8
KALYDECO	29	<i>lamivudine</i>	8
<i>kariva</i>	49	<i>lamivudine/zidovudine</i>	8
<i>kcl 0.075%/d5w/nacl 0.45%</i>	43	<i>lamotrigine</i>	26
<i>kcl 0.15%/d5w/nacl 0.2%</i>	43	<i>lamotrigine er</i>	26
<i>kcl 0.15%/d5w/nacl 0.45%</i>	43	<i>lamotrigine odt</i>	26
<i>kcl 0.15%/d5w/nacl 0.9%</i>	43	<i>lamotrigine starter kit/blue</i>	26
<i>kcl 0.3%/d5w/nacl 0.45%</i>	43	<i>lamotrigine starter kit/green</i>	26
<i>kcl 0.3%/d5w/nacl 0.9%</i>	43	<i>lamotrigine starter kit/orange</i>	26
<i>kelnor 1/35</i>	49	<i>lamotrigine titration</i>	26
KENALOG-10	45	<i>lanreotide acetate</i>	48
KERENDIA	56	<i>lansoprazole</i>	57
KESIMPTA	32	<i>lansoprazole/amoxicillin/clarithromycin</i>	57
<i>ketoconazole</i>	6	LANTUS	46
<i>ketoconazole</i>	64	LANTUS SOLOSTAR	46
KETODAN	64	<i>lapatinib ditosylate</i>	12
<i>ketoprofen</i>	23	<i>larin 1.5/30</i>	49
<i>ketoprofen er</i>	23	<i>larin 1/20</i>	49

ID de formulario: 24517, Versión: 15, Fecha efectiva: 07/01/2024

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>larin fe 1.5/30</i>	49	<i>lidocaine hcl</i>	35
<i>larin fe 1/20</i>	49	<i>lidocaine hcl jelly</i>	16
<i>latanoprost</i>	59	<i>lidocaine hydrochloride</i>	16
LAZANDA	23	<i>lidocaine hydrochloride</i>	35
<i>leflunomide</i>	31	<i>lidocaine hydrochloride</i>	66
<i>lenalidomide</i>	12	<i>lidocaine hydrochloride viscous</i>	61
LENVIMA 10 MG DAILY DOSE	12	<i>lidocaine viscous</i>	61
LENVIMA 12MG DAILY DOSE	12	<i>lidocaine/prilocaine</i>	66
LENVIMA 14 MG DAILY DOSE	12	<i>linezolid</i>	4
LENVIMA 18 MG DAILY DOSE	12	LINZESS	58
LENVIMA 20 MG DAILY DOSE	12	<i>lithyronine sodium</i>	47
LENVIMA 24 MG DAILY DOSE	12	<i>lisdexamfetamine dimesylate</i>	16
LENVIMA 4 MG DAILY DOSE	12	<i>lisinopril</i>	56
LENVIMA 8 MG DAILY DOSE	12	<i>lisinopril/hydrochlorothiazide</i>	56
<i>lessina</i>	49	<i>lithium</i>	17
<i>letrozole</i>	51	<i>lithium carbonate</i>	17
<i>leucovorin calcium</i>	33	<i>lithium carbonate er</i>	17
LEUKERAN	12	LIVALO	54
<i>leuprolide acetate</i>	50	LIVMARLI	58
<i>levalbuterol</i>	53	LIVTENCITY	8
<i>levalbuterol hcl</i>	53	LO LOESTRIN FE	49
<i>levalbuterol hydrochloride</i>	53	LOKELMA	42
<i>levalbuterol tartrate hfa</i>	53	LONHALA MAGNAIR REFILL KIT	52
LEVEMIR	46	LONHALA MAGNAIR STARTER KIT	52
LEVEMIR FLEXPEN	46	LONSURF	12
LEVEMIR FLEXTOUCH	46	<i>loperamide hcl</i>	57
<i>levetiracetam</i>	26	<i>lopinavir/ritonavir</i>	8
<i>levetiracetam er</i>	26	<i>lorazepam</i>	25
<i>levobunolol hcl</i>	59	<i>lorazepam intensol</i>	25
<i>levocarnitine</i>	34	LORBRENA	12
<i>levocetirizine dihydrochloride</i>	36	<i>losartan potassium</i>	56
<i>levofloxacin</i>	4	<i>losartan potassium/hydrochlorothiazide</i>	56
<i>levofloxacin</i>	61	LOTEMAX	60
<i>levofloxacin in d5w</i>	4	<i>loteprednol etabonate</i>	60
<i>levonest</i>	49	<i>lovastatin</i>	54
<i>levonorgestrel and ethinyl estradiol</i>	49	<i>loxapine</i>	20
<i>levonorgestrel/ethinyl estradiol</i>	49	<i>lubiprostone</i>	58
<i>levora 0.15/30-28</i>	49	LUMAKRAS	12
<i>levorphanol tartrate</i>	23	LUMIGAN	59
<i>levo-t</i>	47	LUPRON DEPOT (1-MONTH)	50
<i>levothyroxine sodium</i>	47	LUPRON DEPOT (3-MONTH)	50
<i>levoxyl</i>	47	LUPRON DEPOT (4-MONTH)	50
LEXIVA	8	LUPRON DEPOT (6-MONTH)	50
LIBERVANT	26	<i>lurasidone hydrochloride</i>	20
<i>lidocaine</i>	66	LYBALVI	20
<i>lidocaine hcl</i>	16	LYNPARZA	12

ID de formulario: 24517, Versión: 15, Fecha efectiva: 07/01/2024

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
LYSODREN	12	<i>methotrexate</i>	13
LYTGOBI	12	<i>methotrexate sodium</i>	13
<i>magnesium sulfate</i>	26	<i>methsuximide</i>	26
<i>malathion</i>	64	<i>methylphenidate hydrochloride</i>	16
<i>maraviroc</i>	8	<i>methylphenidate hydrochloride cd</i>	16
<i>marlissa</i>	49	<i>methylphenidate hydrochloride er</i>	16
MARPLAN	20	<i>methylphenidate hydrochloride er (la)</i>	16
MATULANE	12	<i>methylprednisolone</i>	45
<i>matzim la</i>	55	<i>methylprednisolone acetate</i>	45
MAVYRET	8	<i>methylprednisolone dose pack</i>	45
MAXIDEX	60	<i>metoclopramide hcl</i>	57
MAYZENT	32	<i>metoclopramide hydrochloride</i>	57
MAYZENT STARTER PACK	32	<i>metoclopramide odt</i>	57
<i>meclizine hcl</i>	58	<i>metolazone</i>	43
<i>meclofenamate sodium</i>	23	<i>metoprolol succinate er</i>	39
MEDROL	45	<i>metoprolol tartrate</i>	39
<i>medroxyprogesterone acetate</i>	51	<i>metoprolol/hydrochlorothiazide</i>	39
<i>mefenamic acid</i>	23	<i>metronidazole</i>	6
<i>mefloquine hcl</i>	6	<i>metronidazole</i>	64
<i>megestrol acetate</i>	51	<i>metronidazole vaginal</i>	64
MEKINIST	13	<i>metirosine</i>	34
MEKTOVI	13	<i>mexiletine hcl</i>	56
<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>	64
<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	64	<i>mifepristone</i>	46
MENVEO	37	<i>miglitol</i>	46
<i>mercaptopurine</i>	13	<i>miglustat</i>	34
<i>meropenem</i>	4	MILLIPRED	45
<i>mesalamine</i>	57	<i>mimvey</i>	51
<i>mesalamine dr</i>	57	<i>minocycline hcl</i>	4
<i>mesalamine er</i>	57	<i>minocycline hydrochloride</i>	4
MESNEX	33	<i>minoxidil</i>	40
<i>metformin hydrochloride</i>	46	<i>mirabegron er</i>	62
<i>metformin hydrochloride er</i>	46	<i>mirtazapine</i>	20
<i>methadone hcl</i>	23	<i>mirtazapine odt</i>	20
<i>methamphetamine hcl</i>	16	<i>misoprostol</i>	57
<i>methazolamide</i>	59	M-M-R II	37
<i>methenamine hippurate</i>	5	<i>modafinil</i>	17
<i>methenamine mandelate</i>	5	<i>moexipril hcl</i>	56
<i>methimazole</i>	47	<i>molindone hydrochloride</i>	20

ID de formulario: 24517, Versión: 15, Fecha efectiva: 07/01/2024

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>mometasone furoate</i>	60	<i>neomycin/polymyxin/dexamethasone</i>	60
<i>mometasone furoate</i>	65	<i>neomycin/polymyxin/gramicidin</i>	61
<i>mondoxyne nl</i>	4	<i>neomycin/polymyxin/hc</i>	60
<i>montelukast sodium</i>	28	<i>neomycin/polymyxin/hydrocortisone</i>	60
<i>morphine sulfate</i>	23	<i>neo-polycin</i>	61
<i>morphine sulfate er</i>	23	<i>neo-polycin hc</i>	60
MOUNJARO	46	NERLYNX	13
MOVANTIK	58	NEUAC	64
<i>moxifloxacin hydrochloride/sodium</i>	4	NEULASTA	38
<i>hydrochloride</i>		NEULASTA ONPRO KIT	38
<i>moxifloxacin hydrochloride</i>	4	NEUPRO	17
<i>moxifloxacin hydrochloride</i>	61	<i>nevirapine</i>	8
MOZOBIL	38	<i>nevirapine er</i>	8
MULTAQ	56	NEXLETOL	54
<i>mupirocin</i>	64	NEXLIZET	54
<i>mycophenolate mofetil</i>	33	<i>niacin</i>	68
<i>mycophenolic acid dr</i>	33	<i>niacin er</i>	54
MYFEMBREE	50	<i>niacor</i>	68
MYORISAN	67	<i>nicardipine hcl</i>	55
MYRBETRIQ	63	NICOTROL INHALER	53
<i>nabumetone</i>	23	NICOTROL NS	53
<i>nadolol</i>	39	<i>nifedipine</i>	55
<i>nafticillin sodium</i>	4	<i>nifedipine er</i>	55
<i>naftifine hcl</i>	64	<i>nikki</i>	50
<i>naftifine hydrochloride</i>	16	<i>nilutamide</i>	13
<i>naftifine hydrochloride</i>	64	<i>nimodipine</i>	55
<i>naloxone hcl</i>	40	NINLARO	13
<i>naloxone hydrochloride</i>	40	<i>nisoldipine er</i>	55
<i>naltrexone hcl</i>	40	<i>nitazoxanide</i>	6
NAMZARIC	18	<i>nitisinone</i>	34
<i>naproxen</i>	24	NITRO-BID	40
<i>naproxen sodium</i>	24	<i>nitrofurantoin macrocrystals</i>	5
<i>naproxen sodium cr</i>	23	<i>nitrofurantoin monohydrate/macrocrystals</i>	5
<i>naproxen sodium er</i>	23	<i>nitroglycerin</i>	16
<i>naratriptan hcl</i>	17	<i>nitroglycerin</i>	40
NATACYN	61	<i>nitroglycerin transdermal</i>	40
<i>nateglinide</i>	46	NIVA THYROID	47
NATPARA	47	<i>nizatidine</i>	57
NAYZILAM	26	NORDITROPIN FLEXPRO	48
<i>nebivolol hydrochloride</i>	39	<i>norelgestromin/ethinyl estradiol</i>	50
<i>necon 0.5/35-28</i>	49	<i>norethindrone & ethinyl estradiol ferrous</i>	50
<i>nefazodone hydrochloride</i>	20	<i>fumarate</i>	
<i>neomycin sulfate</i>	4	<i>norethindrone acetate</i>	51
<i>neomycin/bacitracin/polymyxin</i>	61	<i>norethindrone acetate/ethinyl estradiol</i>	51
<i>neomycin/polymyxin/bacitracin/hydrocortis</i>	60	<i>norethindrone acetate/ethinyl</i>	50
<i>one</i>		<i>estradiol/ferrous fumarate</i>	

ID de formulario: 24517, Versión: 15, Fecha efectiva: 07/01/2024

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
NORPACE CR	56	<i>olmesartan</i>	55
<i>nortrel 0.5/35 (28)</i>	50	<i>medoxomil/amlodipine/hydrochlorothiazide</i>	
<i>nortrel 1/35</i>	50	<i>olmesartan medoxomil/hydrochlorothiazide</i>	56
<i>nortrel 7/7/7</i>	50	<i>olopatadine hcl</i>	59
<i>nortriptyline hcl</i>	20	<i>olopatadine hydrochloride</i>	59
<i>nortriptyline hydrochloride</i>	20	<i>omega-3-acid ethyl esters</i>	54
NORVIR	8	<i>omeprazole</i>	57
NOURIANZ	18	<i>omeprazole dr</i>	57
NOXAFIL	6	<i>omeprazole/sodium bicarbonate</i>	57
<i>np thyroid 120</i>	47	OMNIPOD 5 G6 INTRO KIT (GEN 5)	62
<i>np thyroid 15</i>	47	OMNIPOD 5 G6 PODS (GEN 5)	62
<i>np thyroid 30</i>	47	OMNIPOD 5 G7 INTRO KIT (GEN 5)	62
<i>np thyroid 60</i>	47	OMNIPOD 5 G7 PODS (GEN 5)	62
<i>np thyroid 90</i>	47	OMNIPOD CLASSIC PDM STARTER KIT (GEN 3)	62
NUBEQA	13	OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3)	62
NUCALA	28	OMNIPOD DASH INTRO KIT (GEN 4)	62
NUEDEXTA	18	OMNIPOD DASH PDM KIT (GEN 4)	62
NULOJIX	33	OMNIPOD DASH PODS (GEN 4)	62
NUPLAZID	20	OMNIPOD GO 10 UNITS/DAY	62
NURTEC	17	OMNIPOD GO 15 UNITS/DAY	62
NUTRILIPID	42	OMNIPOD GO 20 UNITS/DAY	62
NUTROPIN AQ NUSPIN 10	48	OMNIPOD GO 25 UNITS/DAY	62
NUTROPIN AQ NUSPIN 20	48	OMNIPOD GO 30 UNITS/DAY	62
NUTROPIN AQ NUSPIN 5	48	OMNIPOD GO 35 UNITS/DAY	62
NUVESSA	64	OMNIPOD GO 40 UNITS/DAY	62
NUZYRA	4	OMNITROPE	48
<i>nyamyc</i>	64	<i>ondansetron hcl</i>	58
NYMALIZE	55	<i>ondansetron hydrochloride</i>	58
<i>nystatin</i>	6	<i>ondansetron odt</i>	58
<i>nystatin</i>	64	ONGENTYS	17
<i>nystatin/triamcinolone</i>	66	ONUREG	13
<i>nystop</i>	64	OPDIVO	13
OCTAGAM	36	<i>opium</i>	57
<i>octreotide acetate</i>	48	<i>opium tincture</i>	57
ODEFSEY	8	OPSUMIT	29
ODOMZO	13	OPVEE	40
OFEV	28	<i>oralone dental paste</i>	66
<i>ofloxacin</i>	4	ORENCIA	31
<i>ofloxacin</i>	61	ORENCIA CLICKJECT	31
OGSIVEO	13	ORENITRAM	29
OJJAARA	13	ORENITRAM TITRATION KIT MONTH	29
<i>olanzapine</i>	20		1
<i>olanzapine odt</i>	20	ORENITRAM TITRATION KIT MONTH	29
<i>olanzapine/fluoxetine</i>	20		2
<i>olmesartan medoxomil</i>	56		

ID de formulario: 24517, Versión: 15, Fecha efectiva: 07/01/2024

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
ORENITRAM TITRATION KIT MONTH	29	<i>peg-3350/electrolytes/ascorbate</i>	58
3		<i>peg-3350/nacl/na bicarbonate/kcl</i>	58
ORFADIN	34	<i>peg-3350/sodium sulf/naclpotassium cl/na</i>	58
ORGOVYX	50	<i>ascorbate/ascorbic</i>	
ORLISSA	50	PEGASYS	8
ORKAMBI	29	PEMAZYRE	13
ORSERDU	13	PENBRAYA	37
<i>oseltamivir phosphate</i>	8	<i>penciclovir</i>	64
OSMOPREP	58	<i>penicillamine</i>	35
OSPHENA	51	<i>penicillin g potassium</i>	4
OTEZLA	31	<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	61	<i>pentoxifylline er</i>	39
<i>oxiconazole nitrate</i>	64	<i>perindopril erbumine</i>	56
<i>oxybutynin chloride</i>	63	<i>perio gard</i>	61
<i>oxybutynin chloride er</i>	63	<i>permethrin</i>	64
<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>	26
<i>oxymorphone hydrochlorideer</i>	24	<i>phenytoin</i>	26
OZEMPIC	46	<i>phenytoin sodium extended</i>	26
<i>paclitaxel</i>	13	PHOSPHOLINE IODIDE	59
<i>paliperidone er</i>	20	PIFELTRO	8
PANRETIN	67	<i>pilocarpine hcl</i>	59
<i>pantoprazole sodium</i>	57	<i>pilocarpine hydrochloride</i>	52
PANZYGA	36	<i>pimecrolimus</i>	67
<i>paricalcitol</i>	68	<i>pimozide</i>	21
<i>paromomycin sulfate</i>	6	<i>pindolol</i>	39
<i>paroxetine</i>	20	<i>pioglitazone hcl</i>	46
<i>paroxetine hcl</i>	20	<i>pioglitazone hcl/metformin hcl</i>	46
<i>paroxetine hcl er</i>	20	<i>pioglitazone hcl-glimepiride</i>	46
<i>paroxetine hydrochloride</i>	20	<i>pioglitazone hydrochloride</i>	46
PASER	5	<i>piperacillin sodium/tazobactam sodium</i>	4
PAXLOVID	8	PIQRAY 200MG DAILY DOSE	13
<i>pazopanib hydrochloride</i>	13	PIQRAY 250MG DAILY DOSE	13
PEDIARIX	37	PIQRAY 300MG DAILY DOSE	13
PEDVAX HIB	37	<i>pirfenidone</i>	28
<i>peg-3350/electrolytes</i>	58	<i>piroxicam</i>	24

ID de formulario: 24517, Versión: 15, Fecha efectiva: 07/01/2024

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>pitavastatin calcium</i>	54	PRIFTIN	5
PLEGRIDY	32	<i>primaquine phosphate</i>	6
PLEGRIDY STARTER PACK	32	<i>primidone</i>	26
PLENAMINE	42	PRIORIX	37
<i>plerixafor</i>	38	PRIVIGEN	36
<i>podofilox</i>	16	PROAIR RESPICLICK	53
<i>podofilox</i>	67	<i>probenecid</i>	42
<i>polycin</i>	61	<i>probenecid/colchicine</i>	42
<i>polymyxin b sulfate/trimethoprim sulfate</i>	61	<i>prochlorperazine</i>	21
POMALYST	13	<i>prochlorperazine edisylate</i>	21
<i>portia-28</i>	50	<i>prochlorperazine maleate</i>	21
<i>posaconazole</i>	6	PROCRIT	38
<i>posaconazole dr</i>	6	PROCTOFOAM HC	16
<i>potassium chloride</i>	44	<i>procto-med hc</i>	66
<i>potassium chloride er</i>	43	<i>procto-pak</i>	66
<i>potassium chloride/dextrose/sodium chloride</i>	44	<i>proctosol hc</i>	66
<i>potassium citrate er</i>	40	<i>proctozone-hc</i>	66
PRALUENT	54	<i>progesterone</i>	51
<i>pramipexole dihydrochloride</i>	17	PROGRAF	33
<i>pramipexole dihydrochloride er</i>	18	PROLASTIN-C	28
<i>prasugrel</i>	38	PROLENSA	61
<i>pravastatin sodium</i>	54	PROLIA	34
<i>praziquantel</i>	5	PROMACTA	38
<i>prazosin hydrochloride</i>	39	<i>promethazine hcl</i>	35
PRED MILD	60	<i>promethazine hydrochloride</i>	36
<i>prednicarbate</i>	66	<i>promethazine hydrochloride plain</i>	36
<i>prednisolone</i>	45	<i>promethazine vc/codeine</i>	29
<i>prednisolone acetate</i>	60	<i>promethazine/codeine</i>	29
<i>prednisolone sodium phosphate</i>	45	<i>promethazine/phenylephrine/codeine</i>	29
<i>prednisolone sodium phosphate</i>	60	<i>propafenone hcl</i>	56
<i>prednisolone sodium phosphate odt</i>	45	<i>propafenone hydrochloride er</i>	56
<i>prednisone</i>	45	<i>propranolol hcl</i>	39
<i>pregabalin</i>	26	<i>propranolol hcl er</i>	39
<i>pregabalin er</i>	24	<i>propranolol hydrochloride</i>	39
PREHEVBRIO	37	<i>propranolol hydrochloride er</i>	39
PREMARIN	51	<i>propylthiouracil</i>	47
PREMASOL	42	PROQUAD	37
<i>premium lidocaine</i>	66	PROSOL	42
PREMPHASE	51	<i>protriptyline hcl</i>	21
PREMPRO	51	PULMOZYME	28
<i>prenatal</i>	68	PURIXAN	13
<i>prevalite</i>	54	PYLERA	57
PREVYMIS	8	<i>pyrazinamide</i>	5
PREZCOBIX	8	<i>pyridostigmine bromide</i>	52
PREZISTA	8	<i>pyridostigmine bromide er</i>	52
		<i>pyrimethamine</i>	6

ID de formulario: 24517, Versión: 15, Fecha efectiva: 07/01/2024

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
PYRUKYND	38	REYATAZ	9
PYRUKYND TAPER PACK	38	REZLIDHIA	13
QINLOCK	13	REZUROCK	34
QUADRACEL	36	RHOPRESSA	59
<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>	56	<i>riluzole</i>	18
<i>quinidine sulfate</i>	56	<i>rimantadine hydrochloride</i>	9
<i>quinine sulfate</i>	6	RINVOQ	31
QVAR REDIHALER	45	<i>risedronate sodium</i>	34
RABAVERT	37	<i>risedronate sodium dr</i>	34
<i>rabeprazole sodium</i>	57	RISPERDAL CONSTA	21
RADICAVA ORS	18	<i>risperidone</i>	21
RADICAVA ORS STARTER KIT	18	<i>risperidone er</i>	21
<i>raloxifene hydrochloride</i>	51	<i>risperidone odt</i>	21
<i>ramelteon</i>	25	<i>ritonavir</i>	9
<i>ramipril</i>	56	<i>rivastigmine tartrate</i>	52
<i>ranolazine er</i>	56	<i>rivastigmine transdermal system</i>	52
<i>rasagiline mesylate</i>	18	<i>rizatriptan benzoate</i>	17
RASUVO	31	<i>rizatriptan benzoate odt</i>	17
RAYALDEE	68	ROCKLATAN	59
REBIF	32	<i>roflumilast</i>	29
REBIF REBIDOSE	32	<i>ropinirole er</i>	18
REBIF REBIDOSE TITRATION PACK	33	<i>ropinirole hcl</i>	18
REBIF TITRATION PACK	33	<i>ropinirole hydrochloride</i>	18
RECOMBIVAX HB	37	<i>rosadan</i>	64
RECTIV	67	<i>rosuvastatin calcium</i>	54
REGRANEX	67	ROTARIX	37
RELENZA DISKHALER	8	ROTATEQ	37
RELISTOR	59	<i>roweepira</i>	26
RELYVRIO	18	ROZLYTREK	13
<i>repaglinide</i>	46	RUBRACA	14
REPATHA	54	<i>rufinamide</i>	26
REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM	54	RUKOBIA	9
REPATHA SURECLICK	54	RYBELSUS	46
RESTASIS	61	RYDAPT	14
RESTASIS MULTIDOSE	61	RYTARY	18
RETACRIT	38	SAJAZIR	34
RETEVMO	13	<i>salsalate</i>	24
RETIN-A MICRO	30	SANTYL	67
RETIN-A MICRO PUMP	66	<i>sapropterin dihydrochloride</i>	35
REVCIVI	40	SAVELLA	18
REVLIMID	13	SAVELLA TITRATION PACK	18
REXULTI	21	SCEMBLIX	14

ID de formulario: 24517, Versión: 15, Fecha efectiva: 07/01/2024

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>scopolamine</i>	58	<i>sotalol hcl</i>	39
SECUADO	21	<i>sotalol hydrochloride (af)</i>	39
<i>selegiline hcl</i>	18	SPIRIVA RESPIMAT	52
<i>selenium sulfide</i>	64	<i>spironolactone</i>	56
SELZENTRY	9	<i>spironolactone/hydrochlorothiazide</i>	56
SEREVENT DISKUS	53	SPRITAM	26
SEROSTIM	48	SPRYCEL	14
<i>sertraline hcl</i>	21	<i>sps</i>	42
<i>sertraline hydrochloride</i>	21	<i>ssd</i>	64
<i>sevelamer carbonate</i>	42	STAMARIL	37
<i>sevelamer hydrochloride</i>	42	STELARA	67
<i>sf 5000 plus</i>	32	<i>sterile water for irrigation</i>	44
<i>sharobel</i>	50	STIOLTO RESPIMAT	52
SHINGRIX	37	STIVARGA	14
SIGNIFOR	48	<i>streptomycin sulfate</i>	4
<i>sildenafil citrate</i>	40	STRIBILD	9
<i>silodosin</i>	53	STRIVERDI RESPIMAT	53
<i>silver sulfadiazine</i>	64	SUBSYS	24
SIMBRINZA	60	<i>subvenite</i>	26
<i>simvastatin</i>	54	<i>subvenite starter kit/blue</i>	26
<i>sirolimus</i>	33	<i>subvenite starter kit/green</i>	27
SIRTURO	5	<i>subvenite starter kit/orange</i>	27
SIVEXTRO	4	SUCRAID	40
SKYRIZI	59	<i>sucrafate</i>	57
SKYRIZI	67	<i>sulfacetamide sodium</i>	61
SKYRIZI PEN	67	<i>sulfacetamide sodium</i>	64
<i>sodium chloride</i>	44	<i>sulfacetamide sodium/prednisolone sodium</i>	61
<i>sodium chloride 0.45%</i>	44	<i>phosphate</i>	
<i>sodium chloride 0.9%</i>	44	<i>sulfadiazine</i>	4
<i>sodium fluoride 1.1</i>	32	<i>sulfamethoxazole/trimethoprim</i>	4
<i>sodium fluoride 5000 plus</i>	32	<i>sulfamethoxazole/trimethoprim ds</i>	4
<i>sodium fluoride 5000 ppm</i>	32	SULFAMYLON	64
<i>sodium oxybate</i>	18	<i>sulfasalazine</i>	4
<i>sodium phenylbutyrate</i>	42	<i>sulindac</i>	24
<i>sodium polystyrene sulfonate</i>	42	<i>sumatriptan</i>	17
<i>sodium sulfate/potassium sulfate/magnesium sulfate</i>	58	<i>sumatriptan succinate</i>	17
<i>solifenacin succinate</i>	63	<i>sumatriptan succinate refill</i>	17
SOLOSEC	6	<i>sunitinib malate</i>	14
SOLTAMOX	52	SUNLENCA	9
SOLU-CORTEF	45	SUNOSI	17
SOMATULINE DEPOT	48	SUPRAX	4
SOMAVERT	48	SYMDEKO	29
<i>sorafenib</i>	14	SYMLINPEN 120	46
<i>sorafenib tosylate</i>	14	SYMLINPEN 60	46
<i>sorine</i>	39	SYMPAZAN	27
		SYMTUZA	9

ID de formulario: 24517, Versión: 15, Fecha efectiva: 07/01/2024

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
SYNAREL	50	<i>terconazole</i>	64
SYNJARDY	46	<i>teriflunomide</i>	33
SYNJARDY XR	46	<i>teriparatide</i>	47
SYNRIBO	14	<i>testosterone</i>	48
SYNTHROID	47	<i>testosterone cypionate</i>	48
TABLOID	14	<i>testosterone enanthate</i>	48
TABRECTA	14	<i>testosterone pump</i>	48
<i>tacrolimus</i>	33	<i>tetrabenazine</i>	27
<i>tacrolimus</i>	67	<i>tetracycline hydrochloride</i>	4
<i>tadalafil</i>	40	THALOMID	33
TAFINLAR	14	<i>theophylline</i>	63
<i>tafluprost</i>	60	<i>theophylline er</i>	63
TAGRISSE	14	THIOLA EC	35
TALZENNA	14	<i>thioridazine hcl</i>	21
<i>tamoxifen citrate</i>	52	<i>thiothixene</i>	21
<i>tamsulosin hydrochloride</i>	53	THYQUIDITY	47
<i>tarina fe 1/20 eq</i>	50	THYROID	47
TASIGNA	14	<i>tiadylt er</i>	55
<i>tasimelteon</i>	25	<i>tiagabine hydrochloride</i>	27
TAVALISSE	38	TIBSOVO	14
TAVNEOS	34	TICOVAC	37
<i>taysofy</i>	50	<i>timolol maleate</i>	39
<i>tazarotene</i>	67	<i>timolol maleate</i>	60
<i>tazicef</i>	4	<i>timolol maleate ophthalmic gel forming</i>	60
TAZORAC	67	<i>tinidazole</i>	6
<i>taztia xt</i>	55	<i>tiopronin</i>	35
TAZVERIK	14	TIROSINT-SOL	47
<i>tdvax</i>	36	TIVICAY	9
<i>techlite insulin syringe u-100/0.5ml/30g x 1/2"</i>	62	TIVICAY PD	9
<i>techlite pen needles 29g x 10mm</i>	62	<i>tizanidine hcl</i>	53
TEFLARO	4	<i>tizanidine hydrochloride</i>	53
TEGSEDI	34	TOBI PODHALER	4
TEKTURNA HCT	56	TOBRADEX	61
<i>telmisartan</i>	56	TOBRADEX ST	61
<i>telmisartan/amlodipine</i>	55	<i>tobramycin</i>	5
<i>telmisartan/hydrochlorothiazide</i>	56	<i>tobramycin</i>	61
<i>temazepam</i>	25	<i>tobramycin sulfata</i>	5
TEMIXYS	9	<i>tobramycin/dexamethasone</i>	61
TENIVAC	36	<i>tolterodine tartrate</i>	63
<i>tenofovir disoproxil fumarate</i>	9	<i>tolterodine tartrate er</i>	63
TEPMETKO	14	<i>topiramate</i>	27
<i>terazosin hcl</i>	39	<i>topiramate er</i>	27
<i>terazosin hydrochloride</i>	39	<i>toremifene citrate</i>	52
<i>terbinafine hcl</i>	6	<i>torse mide</i>	43
<i>terbutaline sulfata</i>	53	TOUJEO MAX SOLOSTAR	46
		TOUJEO SOLOSTAR	46

ID de formulario: 24517, Versión: 15, Fecha efectiva: 07/01/2024

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
TOVET	66	TRIZIVIR	9
TRACLEER	29	TROPHAMINE	42
TRADJENTA	46	<i>trospium chloride</i>	63
<i>tramadol hcl er</i>	24	<i>trospium chloride er</i>	63
<i>tramadol hydrochloride</i>	24	<i>trueplus insulin syringe /u-100/1ml/29g x</i>	62
<i>tramadol hydrochloride er</i>	24	<i>1/2"</i>	
<i>tramadol hydrochloride/acetaminophen</i>	24	<i>trueplus pen needles 29gx12mm</i>	62
<i>trandolapril</i>	56	TRULICITY	46
<i>trandolapril/verapamil hcl er</i>	55	TRUMENBA	37
<i>tranexamic acid</i>	37	TRUQAP	14
<i>tranylcypramine sulfate</i>	21	TRUSELTIQ	14
TRAVASOL	42	TUKYSA	14
<i>travoprost</i>	60	TURALIO	14
<i>trazodone hydrochloride</i>	21	<i>turqoz</i>	50
TRECTOR	5	TWINRIX	37
TRELEGY ELLIPTA	45	<i>tyblume</i>	50
TRELSTAR MIXJECT	50	TYBOST	35
TRESIBA	46	TYMLOS	47
TRESIBA FLEXTOUCH	46	TYPHIM VI	37
<i>tretinoin</i>	14	UBRELVY	17
<i>tretinoin</i>	66	UCERIS	66
<i>tretinoin microsphere</i>	30	UDENYCA	38
<i>tretinoin microsphere</i>	66	UDENYCA ONBODY	38
TREXALL	14	<i>unithroid</i>	47
<i>triamcinolone acetonide</i>	45	UPTRAVI	29
<i>triamcinolone acetonide</i>	66	UPTRAVI TITRATION PACK	29
<i>triamcinolone acetonide dental paste</i>	66	<i>ursodiol</i>	57
<i>triamterene/hydrochlorothiazide</i>	43	<i>valacyclovir hydrochloride</i>	9
TRIANEX	66	VALCHLOR	67
<i>triazolam</i>	25	<i>valganciclovir</i>	9
<i>triderm</i>	66	<i>valganciclovir hydrochloride</i>	9
<i>trientine hydrochloride</i>	35	<i>valproic acid</i>	27
<i>trifluoperazine hcl</i>	21	<i>valsartan</i>	56
<i>trifluoperazine hydrochloride</i>	21	<i>valsartan/hydrochlorothiazide</i>	56
<i>trifluridine</i>	61	VALTOCO 10 MG DOSE	27
<i>trihexyphenidyl hcl</i>	18	VALTOCO 15 MG DOSE	27
<i>trihexyphenidyl hydrochloride</i>	18	VALTOCO 20 MG DOSE	27
TRIKAFTA	29	VALTOCO 5 MG DOSE	27
<i>trimethoprim</i>	5	<i>vancomycin</i>	5
<i>trimipramine maleate</i>	21	<i>vancomycin hcl</i>	5
TRINTELLIX	21	<i>vancomycin hydrochloride</i>	5
<i>tri-sprintec</i>	50	VANFLYTA	14
TRITOCIN	66	VAQTA	37
TRIUMEQ	9	<i>vardenafil hydrochloride</i>	40
TRIUMEQ PD	9	<i>vardenafil hydrochloride odt</i>	40
<i>trivora-28</i>	50	<i>varenicline starting month box</i>	53

ID de formulario: 24517, Versión: 15, Fecha efectiva: 07/01/2024

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>varenicline tartrate</i>	53	VYNDAQEL	35
VARIVAX	37	VYVANSE	17
VARIZIG	36	VYZULTA	60
VASCEPA	54	<i>warfarin sodium</i>	38
<i>velivet</i>	50	WELIREG	15
VELPHORO	42	WINLEVI	67
VELTASSA	42	<i>wixela inhub</i>	53
VEMLIDY	9	XALKORI	15
VENCLEXTA	15	XARELTO	38
VENCLEXTA STARTING PACK	15	XARELTO STARTER PACK	38
<i>venlafaxine besylate er</i>	21	XATMEP	15
<i>venlafaxine hcl er</i>	21	XCOPRI	27
<i>venlafaxine hydrochloride</i>	21	XDEMVI	61
<i>venlafaxine hydrochloride er</i>	21	XELJANZ	31
VENTAVIS	29	XELJANZ XR	31
<i>verapamil hcl</i>	55	XENLETA	5
<i>verapamil hcl er</i>	55	XERMELO	57
<i>verapamil hcl sr</i>	55	XGEVA	34
<i>verapamil hydrochloride</i>	55	XIFAXAN	5
<i>verapamil hydrochloride er</i>	55	XIGDUO XR	46
VERQUVO	40	XOFLUZA	9
VERSACLOZ	21	XOLAIR	28
VERZENIO	15	XOSPATA	15
VIBRAMYCIN	5	XPOVIO	15
VICTOZA	46	XPOVIO 100 MG ONCE WEEKLY	15
<i>vigabatrin</i>	27	XPOVIO 40 MG ONCE WEEKLY	15
<i>vigadrone</i>	27	XPOVIO 40 MG TWICE WEEKLY	15
<i>vigpoder</i>	27	XPOVIO 60 MG ONCE WEEKLY	15
VIIBRYD STARTER PACK	21	XPOVIO 60 MG TWICE WEEKLY	15
VIJOICE	35	XPOVIO 80 MG ONCE WEEKLY	15
<i>vilazodone hydrochloride</i>	21	XPOVIO 80 MG TWICE WEEKLY	15
VIRACEPT	9	XTANDI	15
VIREAD	9	<i>xulane</i>	50
<i>vitamin d</i>	68	XYOSTED	48
VITRAKVI	15	<i>yargesa</i>	35
VIVITROL	40	YERVOY	15
VIZIMPRO	15	YF-VAX	37
VONJO	15	YONSA	15
<i>voriconazole</i>	6	YUPELRI	52
VOSEVI	9	<i>yuvafem</i>	52
VOTRIENT	15	<i>zafemy</i>	50
VOXZOGO	35	<i>zafirlukast</i>	28
VRAYLAR	21	<i>zaleplon</i>	25
VUMERITY	33	ZARXIO	39
<i>vyfemla</i>	50	ZEJULA	15
VYNDAMAX	35	ZELBORAF	15

ID de formulario: 24517, Versión: 15, Fecha efectiva: 07/01/2024

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
ZENATANE	68
ZENPEP	58
ZEPOSIA	33
ZEPOSIA 7-DAY STARTER PACK	33
ZEPOSIA STARTER KIT	33
ZERBAXA	5
<i>zidovudine</i>	9
ZIEXTENZO	39
<i>zileuton er</i>	28
<i>ziprasidone hcl</i>	21
<i>ziprasidone mesylate</i>	21
ZIRGAN	61
<i>zoledronic acid</i>	34
ZOLINZA	15
<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	48
ZOSYN	5
<i>zovia 1/35</i>	50
ZTALMY	27
ZURZUVAE	22
ZYDELIG	15
ZYKADIA	16
ZYLET	61
ZYPREXA RELPREVV	22

ID de formulario: 24517, Versión: 15, Fecha efectiva: 07/01/2024

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 julio 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).