



a Point32Health company

## Tufts Health Plan Senior Care Options (HMO-SNP) Tufts Health Plan Senior Care Options CW (HMO-SNP)

### Lista de Medicamentos Cubiertos (formulario) 2024

Tufts Health Plan Senior Care Options

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

24521 Versión 16

Este formulario se actualizó el 1 de noviembre de 2024.

**Mensaje importante sobre lo que paga por las vacunas:** Algunas vacunas se consideran beneficios médicos. Otras vacunas se consideran medicamentos de Part D. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de Part D sin costo alguno para usted.

Para obtener información más reciente o hacer otras preguntas, comuníquese con Servicios para Miembros de Tufts Health Plan Senior Care Options al **1-855-670-5934** (los usuarios de TTY deben llamar al 711), de 8 a.m. a 8 p.m., 7 días a la semana (de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre), o visite **[www.thpmp.org/sco-member](http://www.thpmp.org/sco-member)**.

# Tufts Health Plan Senior Care Options (HMO-SNP) Tufts Health Plan Senior Care Options CW (HMO-SNP) *Lista de Medicamentos Cubiertos (formulario) 2024*

## Introducción

Este documento se llama *Lista de Medicamentos Cubiertos* (que también se conoce como Lista de Medicamentos). Indica qué medicamentos recetados están cubiertos por Tufts Health Plan Senior Care Options. La Lista de Medicamentos también indica si hay reglas especiales o restricciones en los medicamentos cubiertos por Tufts Health Plan Senior Care Options.

Nuestra información de contacto, junto con la fecha más reciente de actualización de la Lista de Medicamentos, aparece en la portada y la contraportada. Los términos clave y sus definiciones aparecen en el último capítulo de la *Evidencia de Cobertura*.



**Si tiene preguntas**, llame a Tufts Health Plan Senior Care Options al 1-855-670-5934 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., 7 días a la semana (de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.thpmp.org/sco-member](http://www.thpmp.org/sco-member).

## Tabla de contenido

A. Avisos legales .....	iii
B. Preguntas frecuentes (FAQ por sus siglas en inglés) .....	vii
B1. ¿Qué medicamentos recetados figuran en la <i>Lista de Medicamentos Cubiertos</i> ? (Abreviamos la <i>Lista de Medicamentos Cubiertos</i> como la “Lista de Medicamentos”). .....	vii
B2. ¿Cambia alguna vez la Lista de Medicamentos? .....	viii
B3. ¿Qué sucede si hay un cambio en la Lista de Medicamentos? .....	ix
B4. ¿Hay restricciones o límites en la cobertura de medicamentos o se deben tomar medidas para obtener determinados medicamentos? .....	x
B5. ¿Cómo sabré si el medicamento que quiero tiene límites o si hay medidas que debo tomar para recibirlo? .....	x
B6. ¿Qué sucede si Tufts Health Plan Senior Care Options cambia sus reglas sobre cómo cubre algunos medicamentos (por ejemplo, restricciones de autorización previa, cantidad límite o terapia escalonada)? .....	xi
B7. ¿Cómo puedo encontrar un medicamento en la lista? .....	xi
B8. ¿Qué sucede si el medicamento que quiero tomar no está en la lista?.....	xi
B9. ¿Qué pasa si soy un miembro nuevo de Tufts Health Plan Senior Care Options y no puedo encontrar mi medicamento en la Lista de Medicamentos o tengo un problema para conseguirlo? ...	xii
B10. ¿Puedo solicitar una excepción para que se cubra mi medicamento? .....	xiii
B11. ¿Cómo puedo solicitar una excepción?.....	xiii
B12. ¿Cuánto se tarda en conseguir una excepción? .....	xiii
B13. ¿Qué son los medicamentos genéricos? .....	xiii
B14. ¿Qué son los medicamentos OTC?.....	xiv
B15. ¿Tufts Health Plan Senior Care Options cubre los productos OTC que no son medicamentos? .....	xiv
B16. ¿Tufts Health Plan Senior Care Options cubre suministros prolongados de medicamentos de venta con receta? .....	xiv
B17. ¿Mi farmacia local puede enviar a mi casa los productos de mi receta? .....	xv
B18. ¿Cuál es mi copago?.....	xv
C. Descripción general de la <i>Lista de Medicamentos Cubiertos</i> .....	xvi
C1. Lista de medicamentos por tipo de medicamento .....	xvi
C2. Cobertura adicional .....	xvii
D. Índice de medicamentos cubiertos .....	67

---

## A. Avisos legales

Esta es una lista de los medicamentos que los miembros pueden recibir en *Tufts Health Plan Senior Care Options*.

- Tufts Health Plan Senior Care Options es un plan de Organización de Mantenimiento de la Salud-Plan de Necesidades Especiales (HMO-SNP por sus siglas en inglés) con un contrato con Medicare. La inscripción en Tufts Health Plan Senior Care Options depende de la renovación del contrato.
- El HMO-SNP está disponible para cualquier persona que tenga tanto MassHealth Standard (Medicaid) como Medicare Part A y Part B. El SCO está disponible para personas que tengan MassHealth Standard únicamente. Usted no es elegible para inscribirse en Tufts Health Plan Senior Care Options si ya está inscrito en cualquier otro plan de seguro médico, con la excepción de Medicare. Puede haber otros requisitos y restricciones de elegibilidad.
- Tufts Health Plan Senior Care Options es un programa voluntario de MassHealth (Medicaid) en asociación con la Executive Office of Health and Human Services (EOHHS) y los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS por sus siglas en inglés).
- Tufts Health Plan Senior Care Options 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).
- Puede consultar en cualquier momento la versión más actualizada de la *Lista de Medicamentos Cubiertos* de Tufts Health Plan Senior Care Options en línea en [www.thmp.org/sco-member](http://www.thmp.org/sco-member) o llamando al número que aparece en el pie de página de este documento.
- Puede obtener este documento en forma gratuita en otros formatos, como en letra grande, braille o audio. Llame a Tufts Health Plan Senior Care Options al número que aparece en el pie de página de este documento. La llamada es gratis.
- Este documento está disponible gratis en español.
- ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame a Tufts Health Plan Senior Care Options al número que aparece en el pie de página de este documento. La llamada es gratis.
- ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-855-670-5934 (TTY: 711).
- Su solicitud de este documento en un formato o idioma accesible se aplicará de manera permanente, a menos que solicite lo contrario.

---

**Si tiene preguntas**, llame a Tufts Health Plan Senior Care Options al 1-855-670-5934 (TTY: 711), 7 días a la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. (del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m.). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.thmp.org/sco-member](http://www.thmp.org/sco-member).



## Multi-language Interpreter Services

**English:** We have free interpreter services available for people who require translation services to answer any questions you may have about our health or drug plan. We can also give you information in English, Braille, large print, or other alternate format. Just call us at 1-855-670-5934. Someone who speaks English can help you. This is a free service.

**Spanish:** Contamos con servicios gratuitos de intérpretes disponibles para personas que requieren servicios de traducción para responder cualquier pregunta que usted pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. También podemos brindarle información en español, braille, letra grande u otro formato alternativo. Simplemente llámenos al 1-855-670-5934. Una persona que habla español le puede ayudar. Este es un servicio gratuito.

**Chinese Simplified:** 我们为需要翻译服务的人提供免费口译服务，回答您对我们的健康或药物计划的任何问题。我们还可以以简体中文、盲文、大字体或其他替代格式为您提供信息。请致电 1-855-670-5934 联系我们。会说普通话的人会帮助您。本项服务免费。

**Chinese Traditional:** 我們為有翻譯服務需求者提供免費口譯服務，以針對我們的健康或藥物計劃，為您回答任何您可能提出的問題。我們也以繁體中文、點字、大字體或其他替代格式為您提供資訊。請撥打電話：1-855-670-5934。會說中文的人可以協助您。此為免費服務。

**Tagalog:** Mayroon kaming mga libreng serbisyo ng interpreter na magagamit ng mga taong nangangailangan ng mga serbisyo ng pagsasalín upang masagot ang anumang maaaring tanong mo tungkol sa aming plano sa kalusugan o gamot. Maaari din kaming magbigay sa iyo ng impormasyon na nasa Tagalog, braille, malalaking titik, o iba pang alternatibong format. Tumawag lang sa amin sa 1-855-670-5934. Matutulungan ka ng isang taong nagsasalita ng Tagalog. Isa itong libreng serbisyo.

**French:** Nous mettons des services d'interprétariat gratuits à la disposition de tous ceux qui ont besoin de services de traduction pour répondre aux questions que vous pourriez poser sur notre régime d'assurance-maladie ou médicaments. Nous pouvons vous fournir des informations en français, braille, lettres majuscules, ou tout autre format. Veuillez nous appeler au 1-855-670-5934. Une personne qui parle français pourra vous assister. Ce service est gratuit.

**Vietnamese:** Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí cho người cần phiên dịch để trả lời bất kỳ câu hỏi nào mà quý vị có thể có về chương trình bảo hiểm y tế hay chương trình thuốc của chúng tôi. Chúng tôi cũng có thể cung cấp thông tin cho quý vị bằng Tiếng Việt, chữ nổi braille, bản in chữ lớn, hay định dạng thay thế khác. Quý vị chỉ cần gọi chúng tôi theo số 1-855-670-5934. Một người nói Tiếng Việt có thể giúp quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

**German:** Wir stellen Dolmetscherdienste kostenlos all jenen zur Verfügung, die zwecks Beantwortung ihrer Fragen zu den für sie geltenden Kostenübernahme- und Zahlungsregeln Übersetzungsdienste benötigen. Zudem informieren wir Sie bei Bedarf in Deutsch, Brailleschrift, Großdruck oder anderen Formaten. Rufen Sie uns einfach an: 1-855-670-5934. Hier erhalten Sie Hilfe von jemand, der Deutsch spricht. Dieser Service ist kostenlos.

**Korean:** 번역 서비스가 필요하신 분들에게 건강 플랜 또는 약품 플랜에 대한 문의에 답변을 드리기 위해 무료 통역 서비스를 제공합니다. 또한 한국어, 점자, 큰 활자 또는 기타 대체

형식으로 정보를 제공할 수 있습니다.

1-855-670-5934 번으로 전화해 주십시오. 한국어를 구사하는 사람이 도와드릴 수 있습니다. 통역은 무료 서비스입니다.

**Russian:** Мы предоставляем бесплатную услугу устного перевода для людей, которым он необходим, чтобы ответить на вопросы о здоровье или плане получения рецептурных препаратов. Мы также можем предоставить вам информацию на русском языке, с использованием шрифта Брайля, крупным шрифтом или в другом альтернативном формате. Просто позвоните по номеру 1-855-670-5934. Вам поможет сотрудник, владеющий русским языком. Это — бесплатная услуга.

**Arabic:** لدينا خدمات ترجمة فورية مجانية متاحة للأشخاص الذين يحتاجون إلى خدمات الترجمة للإجابة عن أي أسئلة قد تكون لديك حول خططنا الصحية أو الدوائية. يمكننا أيضًا تزويدك بالمعلومات باللغة العربية أو بطريقة برايل أو بحروف كبيرة أو بأي تنسيق بديل آخر. كل ما عليك هو الاتصال بنا على الرقم 1-855-670-5934. يمكن أن يقوم شخص يتحدث باللغة العربية بمساعدتك. هذه الخدمة مجانية.

**Hindi:** हमारे पास उन लोगों के लिए मुफ्त दुभाषिया सेवाएं उपलब्ध हैं जिन्हें हमारी स्वास्थ्य या दवा योजना के बारे में उनके किसी भी प्रश्न का उत्तर देने के लिए अनुवाद सेवाओं की आवश्यकता है। हम आपको हिंदी, ब्रेल, बड़े प्रिंट या अन्य वैकल्पिक प्रारूप में भी जानकारी दे सकते हैं। बस हमें 1-855-670-5934 पर कॉल करें। हिन्दी बोलने वाला कोई व्यक्ति आपकी मदद कर सकता है। यह एक निःशुल्क सेवा है।

**Italian:** Se occorre una traduzione, i nostri servizi di interpretariato sono disponibili gratuitamente per offrire chiarimenti e risposte in merito al nostro piano sanitario o per i medicinali. Possiamo offrire informazioni anche in italiano, braille, caratteri grandi o altri formati. Non esiti a chiamarci al recapito 1-855-670-5934. Una persona che parla italiano sarà pronta a offrire assistenza. Questo servizio è gratuito.

**Portuguese:** Temos serviços de interpretação gratuitos para quem necessite de serviços de tradução para responder a qualquer questão que possamos ter sobre o seu plano de saúde ou medicação. Também podemos dar todas as informações em Português, braille, letra de grande dimensão ou formato alternativo. Basta ligar para o 1-855-670-5934. Alguém fala Português e poderá ajudar. É um serviço gratuito.

**French Creole:** Nou gen sèvis entèprèt gratis ki disponib pou moun ki bezwen sèvis tradiksyon pou reponn nenpòt kesyon ou ka genyen sou plan sante oswa anrapò ak plan medikaman nou an. Nou kapab ba w enfòmasyon tou nan lang Kreyòl ayisyen, bray, gwo lèt, oswa lòt fòm. Jis rele nou nan 1-855-670-5934. Yon moun ki pale lang Kreyòl ayisyen ka ede w. Sa a se yon sèvis gratis.

**Polish:** Osobom potrzebującym tłumaczenia oferujemy bezpłatne usługi tłumacza, który odpowie na wszelkie pytania związane z naszym planem zdrowotnym lub dotyczącym leków. Możemy również udzielić informacji w języku polskim, alfabecie Braille'a, dużym druku lub innym alternatywnym formacie. Wystarczy zadzwonić pod numer 1-855-670-5934. Ktoś mówiący w języku polskim może Ci pomóc. Jest to usługa bezpłatna.

---

**Si tiene preguntas,** llame a Tufts Health Plan Senior Care Options al 1-855-670-5934 (TTY: 711), 7 días a la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. (del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m.). La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite [www.thpmp.org/sco-member](http://www.thpmp.org/sco-member).



**Japanese:** 私たちの医療や医薬品の計画に関する、どのような質問にもお答えするため、翻訳サービスが必要な方のための無料通訳サービスを提供しています。情報は、日本語、点字、大活字、その他の代替形式でも提供可能です。1-855-670-5934 にお電話ください。日本語対応でお手伝いいたします。これは無料のサービスです。

**Khmer:** យើងមានសេវាកម្មអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ដោយឥតគិតថ្លៃសម្រាប់អ្នកដែលត្រូវការសេវាកម្មបកប្រែ ដើម្បីឆ្លើយសំណួរណាមួយដែលអ្នកអាចមានទាក់ទងនឹងគម្រោងសុខភាព ឬឱសថរបស់យើង។ យើងក៏អាចផ្តល់ជូនអ្នកនូវព័ត៌មានជាភាសាខ្មែរ អក្សរសម្រាប់ជនពិការផ្នែក អក្សរពុម្ពធំ ឬជាទម្រង់ដទៃផ្សេងទៀតបានផងដែរ។ គ្រាន់តែហៅទូរសព្ទមកយើងតាមលេខ 1-855-670-5934 ។ អ្នកដែលនិយាយភាសា ខ្មែរអាចជួយអ្នកបាន។ នេះជាសេវាកម្មមិនគិតថ្លៃនោះទេ។

**Laotian:** ພວກເຮົາມີການບໍລິການນາຍພາສາພຣີທີ່ມີໃຫ້ສໍາລັບຜູ້ທີ່ຕ້ອງການການບໍລິການການແປພາສາ ເພື່ອຕອບຄໍາຖາມທີ່ທ່ານອາດຈະມີກ່ຽວກັບສຸຂະພາບ ຫຼື ແຜນການຢາຂອງພວກເຮົາ. ພວກເຮົາຍັງສາມາດໃຫ້ທ່ານແບັນຂໍ້ມູນໃນພາສາລາວ, ຕົວໜັງສືພູນ, ການພິມຂະໜາດໃຫຍ່ ຫຼື ຮູບແບບອື່ນໆ. ພຽງແຕ່ໂທຫາພວກເຮົາທີ່ 1-855-670-5934. ຄົນທີ່ເວົ້າພາສາລາວ ສາມາດຊ່ວຍທ່ານໄດ້. ນີ້ແມ່ນການບໍລິການພຣີ.

---

## B. Preguntas frecuentes (FAQ por sus siglas en inglés)

Aquí encontrará las respuestas a las preguntas que tiene sobre esta *Lista de Medicamentos Cubiertos*. Puede leer todas las FAQ para obtener más información o buscar una pregunta y su respuesta respectiva.

---

### B1. ¿Qué medicamentos recetados figuran en la *Lista de Medicamentos Cubiertos*? (Abreviamos la *Lista de Medicamentos Cubiertos* como la “Lista de Medicamentos”).

Los medicamentos que aparecen en la *Lista de Medicamentos Cubiertos* que comienza en la página 1 son los que cubre Tufts Health Plan Senior Care Options. Los medicamentos están disponibles en farmacias dentro de nuestra red. Una farmacia estará en nuestra red si tenemos un contrato con ella para que trabaje con nosotros y le preste servicios. Designamos a estas farmacias como “farmacias de la red”. Los medicamentos recetados incluidos en esta Lista de Medicamentos Cubiertos cuentan con la cobertura de Tufts Health Plan Senior Care Options.

Otros medicamentos, como algunos de venta libre (OTC por sus siglas en inglés) y ciertas vitaminas, pueden estar cubiertos por MassHealth. Visite el sitio web de MassHealth en <https://mhdl.pharmacy.services.conduent.com/MHDL> para obtener más información.

- Tufts Health Plan Senior Care Options cubrirá todos los medicamentos que sean médicamente necesarios y que figuren en la lista si ocurre lo siguiente:
  - su médico u otro prescriptor dicen que los necesita para recuperarse o mantenerse saludable;
  - Tufts Health Plan Senior Care Options acepta que el medicamento es médicamente necesario para usted, **y**
  - usted surte la receta en una farmacia de la red de Tufts Health Plan Senior Care Options.
- En algunos casos, tiene que hacer algo antes de recibir un medicamento. Consulte la pregunta B4 para obtener más información.

También puede encontrar una lista actualizada de los medicamentos que cubrimos en nuestro sitio web en [www.thpmp.org/sco-member](http://www.thpmp.org/sco-member) o llamar a Servicios para Miembros al número que aparece en el pie de página de este documento.

---

**Si tiene preguntas**, llame a Tufts Health Plan Senior Care Options al 1-855-670-5934 (TTY: 711), 7 días a la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. (del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m.). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.thpmp.org/sco-member](http://www.thpmp.org/sco-member).





---

## B2. ¿Cambia alguna vez la Lista de Medicamentos?

Sí, y Tufts Health Plan Senior Care Options debe seguir las reglas de Medicare y MassHealth cuando realiza cambios. Podemos añadir o retirar medicamentos de la lista durante el año.

También podemos cambiar nuestras reglas sobre los medicamentos. Por ejemplo, podríamos hacer lo siguiente:

- Decidir que se requiere o no una autorización previa para un medicamento. (La autorización previa es un permiso que da Tufts Health Plan Senior Care Options antes de que usted pueda comprar un medicamento).
- Añadir o cambiar la cantidad de medicamentos que puede recibir (se llaman cantidades límite).
- Añadir o cambiar las restricciones de terapia escalonada en un medicamento. (Terapia escalonada significa que debe probar un medicamento antes de que cubramos otro).

Para obtener más información sobre estas reglas de medicamentos, consulte la pregunta B4.

Si toma un medicamento que estaba cubierto a **principios** del año, por lo general no eliminaremos ni cambiaremos la cobertura de ese medicamento **durante el resto del año**, a menos que suceda lo siguiente:

- aparezca en el mercado un medicamento nuevo y más barato que funcione tan bien como el que figura ahora en la Lista de Medicamentos, o
- nos enteramos de que un medicamento no es seguro, o
- se retiró un medicamento del mercado.

Las preguntas B3 y B6 a continuación tienen más información sobre lo que sucede cuando cambia la Lista de Medicamentos.

- Puede consultar en cualquier momento la versión más actualizada de la Lista de Medicamentos de Tufts Health Plan Senior Care Options en línea en [www.thmp.org/sco-member](http://www.thmp.org/sco-member).
- También puede llamar a Servicios para Miembros al número que aparece en el pie de página de este documento para consultar la Lista de Medicamentos actual.

---

### B3. ¿Qué sucede si hay un cambio en la Lista de Medicamentos?

Algunos cambios de la Lista de Medicamentos ocurrirán **inmediatamente**. Por ejemplo:

- **Un nuevo medicamento genérico sale al mercado.** A veces, aparece en el mercado un nuevo medicamento genérico que funciona tan bien como el de marca que figura ahora en la Lista de Medicamentos. Cuando esto ocurra, es posible que retiremos el medicamento de marca y agreguemos el nuevo medicamento genérico, pero el costo del nuevo medicamento seguirá siendo de \$0 con las mismas restricciones o menos. Cuando agreguemos el nuevo medicamento genérico, también podemos decidir mantener el medicamento de marca en la lista, pero cambiar sus reglas de cobertura o límites.
  - Tal vez no le avisemos antes de hacer este cambio, pero le enviaremos información sobre el cambio específico que hagamos una vez que esto suceda.
  - Usted o su proveedor pueden solicitar una excepción de estos cambios. Le enviaremos una notificación con los pasos que puede tomar para solicitar una excepción. Consulte las preguntas de la B10 a la B12 para obtener más información sobre las excepciones.
- **Se retiró un medicamento del mercado.** Si la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA por sus siglas en inglés) indica que un medicamento que usted está tomando no es seguro o el fabricante lo retira del mercado, lo sacaremos de la Lista de Medicamentos. Si usted está tomando ese medicamento, se lo informaremos. Luego puede conversar con su médico u otro prescriptor. Ellos pueden ayudarlo a decidir si hay un medicamento similar en la Lista de Medicamentos que usted pueda tomar.

**Podemos hacer otros cambios que afecten los medicamentos que usted toma.** Le informaremos con anticipación de estos otros cambios en la Lista de Medicamentos. Estos cambios podrían suceder si ocurre lo siguiente:

- la FDA entrega nuevas pautas o si hay nuevas pautas clínicas con respecto a un medicamento;
- añadimos un medicamento genérico que no es nuevo en el mercado, **y**
  - reemplazamos un medicamento de marca que está actualmente en la Lista de Medicamentos, **o**
  - cambiamos las reglas de cobertura o límites del medicamento de marca.

Cuando estos cambios ocurran, haremos lo siguiente:

- le informaremos al menos con 30 días de anticipación del cambio en la Lista de Medicamentos **o**
- le informaremos y le daremos un suministro del medicamento para 30 días después de que solicite resurtir la receta.

Esto le dará tiempo para conversar con el médico u otro prescriptor. Pueden ayudarlo a decidir lo siguiente:

- si hay un medicamento similar en la Lista de Medicamentos que usted pueda tomar **o**
- si debe solicitar una excepción de estos cambios. Para obtener más información sobre las excepciones, consulte las preguntas de la B10 a la B12.

---

**Si tiene preguntas**, llame a Tufts Health Plan Senior Care Options al 1-855-670-5934 (TTY: 711), 7 días a la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. (del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m.). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.thmp.org/sco-member](http://www.thmp.org/sco-member).



---

**B4. ¿Hay restricciones o límites en la cobertura de medicamentos o se deben tomar medidas para obtener determinados medicamentos?**

Sí, algunos medicamentos tienen reglas de cobertura o tienen límites en la cantidad que usted puede recibir. En algunos casos, usted, su médico u otro prescriptor tienen que hacer algo antes de recibir el medicamento. Por ejemplo:

- **Autorización previa:** En el caso de algunos medicamentos, usted, su médico u otro prescriptor deben obtener la autorización de Tufts Health Plan Senior Care Options antes de surtir su receta. La autorización previa es diferente de un referido. Tufts Health Plan Senior Care Options podría no cubrir el medicamento si usted no obtiene primero la autorización previa.
- **Cantidades límite:** En ocasiones, Tufts Health Plan Senior Care Options restringe la cantidad de un medicamento que usted puede adquirir.
- **Terapia escalonada:** A veces, Tufts Health Plan Senior Care Options requiere que usted haga una terapia escalonada. Esto significa que tendrá que probar los medicamentos en un orden determinado para su condición médica. Podría tener que probar un medicamento antes de que cubramos otro. Si su médico cree que el primer medicamento no funciona para usted, entonces cubriremos el segundo.
- **Medicamento con suministro para cierta cantidad de días no extensible:** Para ciertos medicamentos, Tufts Health Plan Senior Care Options restringe las cantidades hasta un suministro para 30 días por receta.

Para saber si su medicamento tiene requisitos o límites adicionales, consulte las tablas que figuran desde la página 1. También puede visitar nuestro sitio web en [www.thpmp.org/sco-member](http://www.thpmp.org/sco-member) para obtener más información. Hemos publicado en línea un documento que explica nuestras restricciones de autorización previa y terapia escalonada. También puede solicitarnos que le enviemos una copia.

**Puede solicitar una excepción de estos límites.** Esto le dará tiempo para conversar con su médico u otro prescriptor. Ellos pueden ayudarlo a decidir si hay un medicamento similar en la Lista de Medicamentos que usted pueda tomar o si debería solicitar una excepción. Consulte las preguntas de la B10 a la B12 para obtener más información sobre las excepciones.

---

**B5. ¿Cómo sabré si el medicamento que quiero tiene límites o si hay medidas que debo tomar para recibirlo?**

La tabla en la Lista de Medicamentos por tipo de medicamento en la página 1 tiene una columna titulada "Medidas necesarias, restricciones o límites de uso".

---

**B6. ¿Qué sucede si Tufts Health Plan Senior Care Options cambia sus reglas sobre cómo cubre algunos medicamentos (por ejemplo, restricciones de autorización previa, cantidad límite o terapia escalonada)?**

En algunos casos, le avisaremos anticipadamente si añadimos o cambiamos las restricciones de autorización previa, cantidad límite o terapia escalonada de un medicamento. Consulte la pregunta B3 para obtener más información sobre el aviso anticipado y las situaciones en las que no podemos notificarle anticipadamente cuando cambien nuestras reglas sobre los medicamentos incluidos en la lista.

---

**B7. ¿Cómo puedo encontrar un medicamento en la lista?**

Hay dos formas de encontrar un medicamento:

- puede buscar alfabéticamente o
- puede buscar por tipo de medicamento.

Para buscar **alfabéticamente**, ubique su medicamento en la sección Índice de medicamentos cubiertos. La sección está en la página 67. El Índice de medicamentos cubiertos es una lista alfabética de todos los medicamentos que se incluyen en la Lista de Medicamentos. En el índice aparecen los medicamentos de marca y los genéricos.

Para buscar **por tipo de medicamento**, vaya a la sección “Lista de medicamentos por tipo de medicamento” en la página 1. Los medicamentos de esta sección están agrupados en categorías por tipo. Por ejemplo, si está tomando un medicamento para las jaquecas, debe buscar en la categoría “Antijaquecosos”. Ahí es donde encontrará los medicamentos que tratan las jaquecas.

---

**B8. ¿Qué sucede si el medicamento que quiero tomar no está en la lista?**

Si no encuentra su medicamento en la Lista de Medicamentos, llame a Servicios para Miembros al número que aparece en el pie de página de este documento y pregunte por él. Si se entera de que Tufts Health Plan Senior Care Options no cubrirá el medicamento, puede adoptar una de las siguientes medidas:

- Pida a Servicios para Miembros una lista de medicamentos como el que desea tomar. Luego, muestre la lista a su médico o a otro prescriptor. Ellos pueden recetar un medicamento de la lista que es similar al que desea tomar. **O bien**
- Puede solicitar al plan de salud que haga una excepción para cubrir su medicamento. Consulte las preguntas de la B10 a la B12 para obtener más información sobre las excepciones.

---

**Si tiene preguntas**, llame a Tufts Health Plan Senior Care Options al 1-855-670-5934 (TTY: 711), 7 días a la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. (del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m.). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.thmp.org/sco-member](http://www.thmp.org/sco-member).



---

**B9. ¿Qué pasa si soy un miembro nuevo de Tufts Health Plan Senior Care Options y no puedo encontrar mi medicamento en la Lista de Medicamentos o tengo un problema para conseguirlo?**

Podemos ayudar. Podemos cubrir un suministro temporal para 30 días de su medicamento durante los primeros 90 días desde que se convirtió en miembro de Tufts Health Plan Senior Care Options. Esto le dará tiempo para conversar con el médico u otro prescriptor. Ellos pueden ayudarlo a decidir si hay un medicamento similar en la Lista de Medicamentos que usted pueda tomar o si podría solicitar una excepción.

Si la receta está indicada para menos días, permitiremos que se surta varias veces hasta un máximo de 30 días de medicamento.

Cubriremos un suministro de 30 días de su medicamento si sucede lo siguiente:

- usted está tomando un medicamento que no aparece en nuestra lista;
- nuestras reglas del plan de salud no permiten que usted reciba la cantidad recetada por el prescriptor;
- el medicamento necesita la autorización previa de Tufts Health Plan Senior Care Options, o
- usted está tomando un medicamento que es parte de una restricción a una terapia escalonada.

Si usted está tomando un medicamento que Tufts Health Plan Senior Care Options no considera que es un medicamento de Part D, tiene derecho a recibir un suministro único de ese medicamento para 72 horas.

Si está en una casa de reposo o en un centro de cuidados a largo plazo y necesita un medicamento que no está en la lista o si no puede conseguir fácilmente el medicamento que necesita, podemos ayudarlo. Si ha estado en el plan por más de 90 días, vive en un centro de cuidados a largo plazo y necesita un suministro inmediatamente:

- Cubriremos un suministro de 31 días del medicamento que necesita (a menos que su receta sea por menos días) si es o no un nuevo miembro de Tufts Health Plan Senior Care Options.
- Esta es una adición al suministro temporal durante los primeros 90 días desde que se convirtió en miembro de Tufts Health Plan Senior Care Options.

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 una renovación temporal única 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 Health Plan Senior Care Options para solicitar un surtido temporal de la receta.

---

### **B10. ¿Puedo solicitar una excepción para que se cubra mi medicamento?**

Sí. Puede solicitar a Tufts Health Plan Senior Care Options que haga una excepción para cubrir un medicamento que no figura en la Lista de Medicamentos.

También nos puede solicitar que cambiemos las reglas que aplicamos a su medicamento.

- Por ejemplo, Tufts Health Plan Senior Care Options puede limitar la cantidad de un medicamento que cubriremos. Si su medicamento tiene un límite, nos puede solicitar que lo cambiemos y cubramos una mayor cantidad sin costo adicional.
- Otros ejemplos: Puede solicitarnos que retiremos las restricciones de terapia escalonada o los requisitos de autorización previa.

---

### **B11. ¿Cómo puedo solicitar una excepción?**

Para solicitar una excepción, llame a Servicios para Miembros. Un representante de Servicios para Miembros trabajará con usted y su proveedor para ayudarle a solicitar una excepción. También puede leer el Capítulo 8 de la *Evidencia de Cobertura* para obtener más información sobre las excepciones.

---

### **B12. ¿Cuánto se tarda en conseguir una excepción?**

Después de que recibamos una declaración del prescriptor en la que respalde su solicitud de excepción, tomaremos una decisión en un plazo de 72 horas. Para una decisión más rápida, incluya esta información médica de su médico u otro prescriptor cuando solicite la excepción.

Si usted o el prescriptor creen que su salud puede verse afectada si tiene que esperar 72 horas por una decisión, puede solicitar una excepción expedita. Esta es una decisión más rápida. Si el prescriptor respalda su solicitud, tomaremos una decisión en un plazo de 24 horas después de haber recibido su declaración de respaldo.

---

### **B13. ¿Qué son los medicamentos genéricos?**

Los medicamentos genéricos están compuestos por los mismos ingredientes activos que los medicamentos de marca. Por lo general, cuestan menos que el medicamento de marca y no tienen nombres conocidos. Los medicamentos genéricos son autorizados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA).

Tufts Health Plan Senior Care Options cubre tanto los medicamentos de marca como los genéricos.

---

**Si tiene preguntas**, llame a Tufts Health Plan Senior Care Options al 1-855-670-5934 (TTY: 711), 7 días a la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. (del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m.). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.thmp.org/sco-member](http://www.thmp.org/sco-member).



---

#### **B14. ¿Qué son los medicamentos OTC?**

OTC es la sigla en inglés de “over-the-counter”, que significa de venta libre o sin receta. Tufts Health Plan Senior Care Options cubre algunos medicamentos OTC cuando figuran en las recetas emitidas por su proveedor.

Puede leer la Lista de Medicamentos de Venta Libre de MassHealth Standard (Medicaid) para conocer qué medicamentos OTC tienen cobertura.

Además de la Lista de Medicamentos OTC de MassHealth Standard (Medicaid), Tufts Health Plan Senior Care Options proporciona cobertura para los siguientes medicamentos de acuerdo con su beneficio de Medicare:

- Benzonatato
- Condroitina/MSM
- Glucosamina/Condroitina/MSM
- Glucosamina/MSM
- Parche tópico de lidocaína al 4 %
- Metilsulfonilmetano (MSM)
- Mucinex 600 mg
- Omega 3/aceite de pescado
- Robitussin Cough + Chest Congestion DM (líquido)

---

#### **B15. ¿Tufts Health Plan Senior Care Options cubre los productos OTC que no son medicamentos?**

Tufts Health Plan Senior Care Options cubre algunos productos OTC que no son medicamentos cuando figuran en las recetas emitidas por el proveedor.

Algunos ejemplos de productos OTC que no son medicamentos son las toallitas con alcohol y las gasas.

Puede leer la Lista de Medicamentos de Tufts Health Plan Senior Care Options para conocer qué productos OTC que no son medicamentos tienen cobertura.

---

#### **B16. ¿Tufts Health Plan Senior Care Options cubre suministros prolongados de medicamentos de venta con receta?**

- **Programas de pedidos por correo.** Ofrecemos un programa de pedidos por correo que le permite obtener un suministro para un máximo de 90 días de sus medicamentos recetados, el cual se enviará directamente a su casa. Usted tiene \$0 de copago.
- **Programas de farmacias minoristas de suministro para 90 días.** Algunas farmacias minoristas también pueden ofrecer un suministro para un máximo de 90 días de medicamentos recetados que están cubiertos. Usted tiene \$0 de copago.

---

**B17. ¿Mi farmacia local puede enviar a mi casa los productos de mi receta?**

Es posible que su farmacia local entregue en su casa los productos de su receta. Puede llamar a la farmacia para averiguar si ofrecen entregas a domicilio.

---

**B18. ¿Cuál es mi copago?**

Los miembros de Tufts Health Plan Senior Care Options no tienen copagos para medicamentos recetados y OTC, así como productos que no son medicamentos siempre y cuando los miembros sigan las reglas del plan. Consulte las preguntas B14 y B15 para obtener más información sobre los medicamentos de venta libre y los productos que no son medicamentos.

Los niveles son los grupos de medicamentos en nuestra Lista de Medicamentos. Su plan tiene 1 nivel. Todos los medicamentos cubiertos están en este nivel.

Todos los medicamentos de nuestra Lista de Medicamentos no tienen copago.

- Los medicamentos genéricos de Nivel 1 tienen un copago de \$0.
- Los medicamentos de marca de Nivel 1 tienen un copago de \$0.
- Los medicamentos OTC tienen un copago de \$0.

Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para Miembros al número que aparece en el pie de página de este documento.

---

**Si tiene preguntas**, llame a Tufts Health Plan Senior Care Options al 1-855-670-5934 (TTY: 711), 7 días a la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. (del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m.). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.thpmp.org/sco-member](http://www.thpmp.org/sco-member).





---

## C. Descripción general de la *Lista de Medicamentos Cubiertos*

La *Lista de Medicamentos Cubiertos* le ofrece información sobre los medicamentos que cubre Tufts Health Plan Senior Care Options. Si tiene problemas para encontrar su medicamento en la lista, vaya al Índice de medicamentos cubiertos que comienza en la página 67. El índice indica en orden alfabético todos los medicamentos que cubre Tufts Health Plan Senior Care Options.

### C1. Lista de medicamentos por tipo de medicamento

Los medicamentos de esta sección están agrupados en categorías por tipo. Por ejemplo, si está tomando un medicamento para las jaquecas, debe buscar en la categoría “Antijaquecosos”. Ahí es donde encontrará los medicamentos que tratan las jaquecas.

También aparece el significado de los códigos usados en la columna “Medidas necesarias, restricciones o límites de uso”:

**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.

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

Debido a posibles inquietudes sobre la seguridad y uso, Tufts Health Plan Senior Care Options 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.

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

Este medicamento recetado está cubierto según nuestro beneficio médico.

**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.

**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.

**Esta sección continúa en la página siguiente**

**STPA: 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 Health Plan Senior Care Options para los miembros que no cumplen los criterios de terapia escalonada en el punto de venta según el proceso de revisión médica.

**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

**C2. 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)
- Sistemas de monitoreo continuo de glucosa FreeStyle Libre y Dexcom (se requiere autorización previa)

**Esta sección continúa en la página siguiente**

---

**Si tiene preguntas**, llame a Tufts Health Plan Senior Care Options al 1-855-670-5934 (TTY: 711), 7 días a la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. (del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m.). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.thpmp.org/sco-member](http://www.thpmp.org/sco-member).



## **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

## **Medicamentos para tratar la obesidad**

Ciertos medicamentos para tratar la obesidad están cubiertos por Masshealth (requiere autorización previa). Para conocer la cobertura de medicamentos y los criterios de autorización previa, consulte la lista de medicamentos de Masshealth en <https://mhdl.pharmacy.services.conduent.com/MHDL/>

La primera columna de la tabla indica el nombre del medicamento. Los medicamentos genéricos se indican en minúscula y cursiva (por ejemplo, *omeprazol*), mientras que los medicamentos de marca aparecen totalmente en mayúscula (por ejemplo, ENTRESTO). La información en la columna "Medidas necesarias, restricciones o límites de uso" le indica si Tufts Health Plan Senior Care Options tiene reglas para cubrir su medicamento.

---

## D. Índice de medicamentos cubiertos

En esta sección, puede buscar un medicamento por su nombre en orden alfabético. Esto le indicará el número de página donde puede encontrar información adicional sobre la cobertura de su medicamento.

---

**Si tiene preguntas**, llame a Tufts Health Plan Senior Care Options al 1-855-670-5934 (TTY: 711), 7 días a la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. (del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m.). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.thpmp.org/sco-member](http://www.thpmp.org/sco-member).



# Tabla de contenidos

Agentes antiinfecciosos.....	2
Agentes antineoplásicos .....	9
Agentes de piel y membranas mucosas.....	15
Agentes del sistema nervioso central .....	16
Agentes del tracto respiratorio .....	27
Agentes para la piel y las membranas mucosas .....	29
Agentes terapéuticos variados.....	29
Agentes terapéuticos varios.....	31
Anestésicos locales.....	34
Antagonistas de metales pesados .....	34
Antihistamínicos.....	35
Antitoxinas, inmunoglobulinas, toxoides y vacunas.....	35
Blood Formation,Coagulation & Thrombosis.....	37
Cardiovascular Drugs.....	38
Central Nervous System Agents .....	38
Componentes dorados .....	38
Enzimas .....	38
Equilibrio de agua, electrolítico y calórico .....	39
Hormonas y sustitutos sintéticos.....	42
Hormones and Synthetic Substitutes.....	49
Inmunomoduladores.....	50
Medicamentos autónomos.....	50
Medicamentos cardiovasculares.....	52
Medicamentos gastrointestinales.....	56
Miscellaneous Therapeutic Agents .....	58
Preparaciones para ojos, oídos, nariz y garganta .....	58
Recursos .....	61
Relajantes musculares suaves.....	61
Skin and Mucous Membrane Preparations.....	62
Vitamina.....	66
Vitaminas .....	66

ID de formulario: 24521, Versión: 16, Fecha efectiva: 11/01/2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<b>Agentes antiinfecciosos</b>		
<b>Antibacterianos</b>		
<i>amikacin sulfate inj 1gm/4ml, 500mg/2ml</i>	1	HI
<i>amoxicillin/clavulanate potassium</i>	1	
<i>amoxicillin/clavulanate potassium er</i>	1	
<i>amoxicillin chew 125mg, 250mg</i>	1	
<i>amoxicillin caps, susr, tabs</i>	1	
<i>ampicillin sodium inj</i>	1	HI
<i>ampicillin-sulbactam inj 10gm; 5gm, 1gm; 0.5gm</i>	1	HI
<i>ampicillin/sulbactam inj 2gm; 1gm</i>	1	HI
<i>ampicillin caps 500mg</i>	1	
ARIKAYCE	1	PA; NEDS
AUGMENTIN SUSR 125MG/5ML; 31.25MG/5ML	1	
AVYCAZ	1	NEDS; HI
<i>azithromycin pack, susr, tabs</i>	1	
<i>azithromycin inj 500mg</i>	1	HI
<i>aztreonam inj 1gm</i>	1	HI
<i>aztreonam inj 2gm</i>	1	NEDS; HI
BAXDELA TABS	1	NEDS
BICILLIN C-R INJ 300000UNIT/ML; 300000UNIT/ML, 900000UNIT/2ML; 300000UNIT/2ML	1	
BICILLIN L-A INJ 1200000UNIT/2ML, 2400000UNIT/4ML, 600000UNIT/ML	1	
CAYSTON	1	PA; NEDS
<i>cefaclor caps</i>	1	
<i>cefaclor susr 125mg/5ml, 250mg/5ml, 375mg/5ml</i>	1	
<i>cefadroxil</i>	1	
<i>cefazolin sodium/dextrose inj 1gm; 4%, 2gm; 3%</i>	1	HI
<i>cefazolin sodium inj 10gm, 1gm/50ml; 4%, 1gm, 2gm, 500mg</i>	1	HI
<i>cefazolin/dextrose inj 3gm/150ml; 4%</i>	1	HI
<i>cefazolin inj 2gm/100ml; 4%, 2gm, 3gm</i>	1	HI
<i>cefdinir</i>	1	
<i>cefepime</i>	1	HI
<i>cefepime hydrochloride inj 2gm</i>	1	HI
<i>cefepime/dextrose</i>	1	HI
<i>cefixime</i>	1	
<i>cefotetan inj 1gm, 2gm</i>	1	HI
<i>cefoxitin sodium inj 10gm, 1gm, 2gm</i>	1	HI
<i>cefpodoxime proxetil</i>	1	
<i>cefprozil</i>	1	
<i>ceftazidime inj 1gm, 2gm, 6gm</i>	1	HI
<i>ceftriaxone in iso-osmotic dextrose</i>	1	HI
<i>ceftriaxone sodium inj 10gm, 1gm, 250mg, 2gm, 500mg</i>	1	HI
<i>ceftriaxone/dextrose inj 1gm; 3.74%</i>	1	HI

ID de formulario: 24521, Versión: 16, Fecha efectiva: 11/01/2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>cefuroxime axetil tabs</i>	1	
<i>cefuroxime sodium inj 1.5gm, 750mg</i>	1	HI
<i>cephalexin</i>	1	
<i>ciprofloxacin hcl tabs 100mg, 750mg</i>	1	
<i>ciprofloxacin hydrochloride tabs 250mg, 500mg</i>	1	
<i>ciprofloxacin i.v.-in d5w</i>	1	HI
<i>ciprofloxacin susr 500mg/5ml, 5gm/100ml</i>	1	
<i>clarithromycin er</i>	1	
<i>clarithromycin susr, tabs</i>	1	
<i>clindamycin hcl caps 300mg</i>	1	
<i>clindamycin hydrochloride caps 150mg, 75mg</i>	1	
<i>clindamycin palmitate hydrochloride</i>	1	
<i>clindamycin phosphate/dextrose</i>	1	HI
<i>clindamycin phosphate inj 300mg/2ml, 600mg/4ml, 900mg/60ml, 900mg/6ml</i>	1	HI
<i>colistimethate sodium inj</i>	1	NEDS; HI
DALVANCE	1	HI
<i>daptomycin</i>	1	NEDS; HI
<i>daptomycin/sodium chloride</i>	1	HI
<i>demeclocycline hcl tabs</i>	1	
<i>dicloxacillin sodium</i>	1	
DIFICID	1	NEDS
DOXY 100	1	HI
<i>doxycycline</i>	1	
<i>doxycycline hyclate dr tbec 100mg, 150mg, 200mg, 50mg, 75mg</i>	1	
<i>doxycycline hyclate caps, tabs</i>	1	
<i>doxycycline hyclate inj</i>	1	HI
<i>doxycycline monohydrate caps, tabs</i>	1	
<i>ertapenem</i>	1	HI
<i>ertapenem sodium</i>	1	HI
<i>erythromycin base tabs</i>	1	
<i>erythromycin dr</i>	1	
<i>erythromycin ethylsuccinate susr, tabs</i>	1	
FIRVANQ	1	
<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>	1	HI
<i>gentamicin sulfate inj 40mg/ml</i>	1	HI
<i>imipenem/cilastatin</i>	1	HI
<i>isotonic gentamicin inj 0.8mg/ml; 0.9%</i>	1	HI
<i>levofloxacin in d5w</i>	1	HI
<i>levofloxacin inj 25mg/ml</i>	1	HI
<i>levofloxacin oral soln 25mg/ml</i>	1	
<i>levofloxacin tabs 250mg, 500mg, 750mg</i>	1	
<i>linezolid tabs</i>	1	

ID de formulario: 24521, Versión: 16, Fecha efectiva: 11/01/2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>linezolid susr</i>	1	NEDS
<i>linezolid inj 600mg/300ml</i>	1	HI
<i>meropenem</i>	1	HI
<i>minocycline hcl caps 75mg</i>	1	
<i>minocycline hcl tabs</i>	1	
<i>minocycline hydrochloride caps 100mg, 50mg</i>	1	
<i>mondoxylene nl caps 100mg</i>	1	
<i>moxifloxacin hydrochloride/sodium hydrochloride</i>	1	HI
<i>moxifloxacin hydrochloride tabs 400mg</i>	1	
<i>nafcillin sodium inj 10gm, 1gm, 2gm</i>	1	HI
<i>neomycin sulfate tabs</i>	1	
NUZYRA TABS	1	NEDS
<i>ofloxacin tabs 300mg, 400mg</i>	1	
<i>oxacillin sodium inj 1.5gm/50ml; 1gm/50ml, 10gm, 1gm, 2gm, 300mg/50ml; 2gm/50ml</i>	1	HI
<i>penicillin g potassium in iso-osmotic dextrose</i>	1	HI
<i>penicillin g potassium inj 20000000unit, 5000000unit</i>	1	HI
<i>penicillin g sodium</i>	1	NEDS; HI
<i>penicillin v potassium</i>	1	
<i>piperacillin sodium/tazobactam sodium</i>	1	HI
SIVEXTRO TABS	1	NEDS
<i>streptomycin sulfate inj 1gm</i>	1	
<i>sulfadiazine tabs</i>	1	
<i>sulfamethoxazole/trimethoprim ds</i>	1	
<i>sulfamethoxazole/trimethoprim susp, tabs</i>	1	
<i>sulfasalazine tabs, tbc</i>	1	
SUPRAX CHEW	1	
SUPRAX SUSR 500MG/5ML	1	
<i>tazicef inj 1gm, 2gm, 6gm</i>	1	HI
TEFLARO	1	NEDS; HI
<i>tetracycline hydrochloride caps</i>	1	
TOBI PODHALER	1	NEDS; SP-Optum Specialty
<i>tobramycin sulfate inj 1.2gm/30ml, 10mg/ml, 40mg/ml, 80mg/2ml</i>	1	HI
<i>tobramycin nebu 300mg/4ml, 300mg/5ml</i>	1	PA BvD; NEDS; SP-Optum Specialty
<i>vancomycin hcl inj 0.9%; 1gm/200ml, 100gm, 10gm</i>	1	HI
<i>vancomycin hydrochloride caps, oral solr</i>	1	
<i>vancomycin hydrochloride inj 1.75gm, 2gm</i>	1	
<i>vancomycin hydrochloride inj 1.25gm, 1.5gm, 1gm, 500mg, 5gm, 750mg</i>	1	HI
<i>vancomycin inj 0.9%; 500mg/100ml, 0.9%; 750mg/150ml</i>	1	HI
VIBRAMYCIN SYRP	1	
XENLETA TABS	1	NEDS

ID de formulario: 24521, Versión: 16, Fecha efectiva: 11/01/2024

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



Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
XIFAXAN TABS 200MG	1	
XIFAXAN TABS 550MG	1	PA; NEDS
ZERBAXA	1	NEDS; HI
ZOSYN INJ 1GM/50ML; 2GM/50ML; 0.25GM/50ML, 5%; 3GM/50ML; 0.375GM/50ML, 5%; 4GM/100ML; 0.5GM/100ML	1	HI
<b>Antihelmínticos</b>		
<i>albendazole tabs</i>	1	NEDS
<i>ivermectin tabs 3mg</i>	1	
<i>praziquantel tabs</i>	1	
<b>Antiinfecciosos urinarios</b>		
<i>fosfomicin tromethamine</i>	1	
<i>methenamine hippurate</i>	1	
<i>methenamine mandelate tabs 0.5gm, 1gm</i>	1	
<i>nitrofurantoin macrocrystals</i>	1	
<i>nitrofurantoin monohydrate/macrocrystals</i>	1	
<i>trimethoprim tabs</i>	1	
<b>Antimicobacterianos</b>		
<i>dapsone tabs</i>	1	
<i>ethambutol hydrochloride</i>	1	
<i>isoniazid syr, tabs</i>	1	
PASER	1	
PRIFTIN	1	
<i>pyrazinamide tabs</i>	1	
<i>rifabutin</i>	1	
<i>rifampin caps, inj</i>	1	
SIRTURO	1	PA; NEDS
TRECTOR	1	
<b>Antimicóticos</b>		
ABELCET	1	PA
<i>amphotericin b liposome</i>	1	PA; NEDS
<i>amphotericin b inj</i>	1	PA
<i>casposfungin acetate inj 70mg</i>	1	
<i>casposfungin acetate inj 50mg</i>	1	NEDS
<i>fluconazole in sodium chloride</i>	1	
<i>fluconazole sus, tabs</i>	1	
<i>flucytosine caps</i>	1	NEDS
<i>griseofulvin microsize</i>	1	
<i>griseofulvin ultramicrosize tabs 125mg, 250mg</i>	1	
<i>itraconazole caps, soln</i>	1	
<i>ketoconazole tabs 200mg</i>	1	
<i>micafungin inj 100mg</i>	1	
<i>micafungin inj 50mg</i>	1	NEDS
NOXAFIL PACK, SUSP	1	NEDS
<i>nystatin susp 100000unit/ml</i>	1	

ID de formulario: 24521, Versión: 16, Fecha efectiva: 11/01/2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>nystatin tabs 500000unit</i>	1	
<i>posaconazole dr</i>	1	NEDS
<i>posaconazole susp</i>	1	NEDS
<i>terbinafine hcl tabs</i>	1	QL(42 EA por 42 días)
<i>voriconazole tabs</i>	1	
<i>voriconazole susr</i>	1	NEDS
<i>voriconazole inj</i>	1	PA; NEDS
<b>Antiprotozoarios</b>		
<i>atovaquone/proguanil hcl</i>	1	
<i>atovaquone susp</i>	1	NEDS
BENZNIDAZOLE	1	
<i>chloroquine phosphate tabs</i>	1	
COARTEM	1	QL(24 EA por 3 días)
<i>hydroxychloroquine sulfate tabs 200mg</i>	1	
IMPAVIDO	1	NEDS
<i>mefloquine hcl</i>	1	
<i>metronidazole caps 375mg</i>	1	
<i>metronidazole inj 500mg/100ml</i>	1	HI
<i>metronidazole tabs 250mg, 500mg</i>	1	
<i>nitazoxanide tabs</i>	1	
<i>paromomycin sulfate caps</i>	1	
<i>pentamidine isethionate inj</i>	1	
<i>pentamidine isethionate inhalation solr</i>	1	PA BvD
<i>primaquine phosphate tabs</i>	1	
<i>pyrimethamine tabs</i>	1	NEDS
<i>quinine sulfate caps 324mg</i>	1	PA
SOLOSEC	1	
<i>tinidazole tabs</i>	1	
<b>Antivirales</b>		
<i>abacavir</i>	1	
<i>abacavir sulfate/lamivudine</i>	1	
<i>abacavir sulfate/lamivudine/zidovudine</i>	1	NEDS
<i>acyclovir sodium inj 50mg/ml</i>	1	PA
<i>acyclovir caps 200mg</i>	1	
<i>acyclovir susp 200mg/5ml</i>	1	
<i>acyclovir tabs 400mg, 800mg</i>	1	
<i>adefovir dipivoxil</i>	1	
APTIVUS CAPS	1	NEDS
<i>atazanavir</i>	1	
<i>atazanavir sulfate caps 300mg</i>	1	
BIKTARVY	1	NEDS
<i>cidofovir</i>	1	NEDS
CIMDUO	1	NEDS
COMPLERA	1	NEDS
<i>darunavir</i>	1	NEDS

ID de formulario: 24521, Versión: 16, Fecha efectiva: 11/01/2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
DELSTRIGO	1	
DESCOVY	1	NEDS
DOVATO	1	NEDS
EDURANT	1	NEDS
<i>efavirenz</i>	1	
<i>efavirenz/emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate</i>	1	NEDS
<i>efavirenz/lamivudine/tenofovir disoproxil fumarate</i>	1	NEDS
<i>emtricitabine</i>	1	
<i>emtricitabine/tenofovir disoproxil</i>	1	NEDS
<i>emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate tabs 200mg; 300mg</i>	1	
<i>emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate tabs 100mg; 150mg, 133mg; 200mg</i>	1	NEDS
EMTRIVA SOLN	1	
<i>entecavir</i>	1	
EPCLUSA	1	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
<i>etravirine tabs 100mg</i>	1	
<i>etravirine tabs 200mg</i>	1	NEDS
EVOTAZ	1	NEDS
<i>famciclovir tabs</i>	1	
<i>fosamprenavir calcium</i>	1	NEDS
FUZEON	1	NEDS
GENVOYA	1	NEDS
HARVONI PACK	1	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
HARVONI TABS 90MG; 400MG	1	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
INTELENCE TABS 25MG	1	
ISENTRESS HD	1	QL(60 EA por 30 días); NEDS
ISENTRESS PACK	1	
ISENTRESS TABS	1	QL(120 EA por 30 días); NEDS
ISENTRESS CHEW 100MG	1	QL(180 EA por 30 días); NEDS
ISENTRESS CHEW 25MG	1	QL(720 EA por 30 días)
JULUCA	1	NEDS
LAGEVRIO	1	QL(40 EA por 5 días)
<i>lamivudine</i>	1	
<i>lamivudine/zidovudine</i>	1	
LEXIVA SUSP	1	
LIVTENCITY	1	PA; NEDS
<i>lopinavir/ritonavir</i>	1	

ID de formulario: 24521, Versión: 16, Fecha efectiva: 11/01/2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>maraviroc tabs 300mg</i>	1	QL(120 EA por 30 días); NEDS
<i>maraviroc tabs 150mg</i>	1	QL(60 EA por 30 días); NEDS
MAVYRET	1	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
<i>nevirapine</i>	1	
<i>nevirapine er</i>	1	
NORVIR PACK, SOLN	1	
ODEFSEY	1	NEDS
<i>oseltamivir phosphate caps, susr</i>	1	
PAXLOVID TBPK 150MG; 100MG	1	QL(20 EA por 5 días); \$0 Copay
PAXLOVID TBPK 150MG; 100MG	1	QL(30 EA por 5 días); \$0 Copay
PEGASYS	1	QL(4 ML por 28 días); NEDS; SP-Optum Specialty
PIFELTRO	1	NEDS
PREVYMIS TABS	1	PA; NEDS
PREZCOBIX	1	NEDS
PREZISTA SUSP	1	NEDS
PREZISTA TABS 75MG	1	
PREZISTA TABS 150MG, 600MG, 800MG	1	NEDS
RELENZA DISKHALER	1	
REYATAZ PACK	1	NEDS
<i>ribavirin caps</i>	1	SP-Optum Specialty
<i>ribavirin tabs 200mg</i>	1	SP-Optum Specialty
<i>rimantadine hydrochloride</i>	1	
<i>ritonavir</i>	1	
RUKOBIA	1	NEDS
SELZENTRY SOLN	1	QL(1800 ML por 30 días)
SELZENTRY TABS 25MG	1	
SELZENTRY TABS 75MG	1	NEDS
STRIBILD	1	NEDS
SUNLENCA TBPK	1	NEDS
SYMTUZA	1	NEDS
TEMIXYS	1	NEDS
<i>tenofovir disoproxil fumarate</i>	1	
TIVICAY PD	1	
TIVICAY TABS 10MG	1	
TIVICAY TABS 25MG, 50MG	1	NEDS
TRIUMEQ	1	NEDS
TRIUMEQ PD	1	NEDS
TRIZIVIR	1	NEDS

ID de formulario: 24521, Versión: 16, Fecha efectiva: 11/01/2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>valacyclovir hydrochloride tabs</i>	1	
<i>valganciclovir</i>	1	
<i>valganciclovir hydrochloride</i>	1	NEDS
VEMLIDY	1	NEDS
VIRACEPT TABS 250MG	1	
VIRACEPT TABS 625MG	1	NEDS
VIREAD POWD	1	NEDS
VIREAD TABS 150MG, 200MG, 250MG	1	NEDS
VOSEVI	1	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
XOFLUZA TBPk 40MG, 80MG	1	QL(1 EA por 7 días)
XOFLUZA TBPk 20MG	1	QL(2 EA por 7 días)
<i>zidovudine</i>	1	
<b>Agentes antineoplásicos</b>		
<i>Agentes antineoplásicos</i>		
<i>abiraterone acetate</i>	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
AKEEGA	1	PA NSO; NEDS
ALECENSA	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
ALUNBRIG	1	PA NSO; NEDS
AUGTYRO	1	PA NSO; NEDS
AYVAKIT	1	QL(30 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
BALVERSA	1	PA NSO; NEDS
BESREMI	1	PA NSO; NEDS
<i>bexarotene caps 75mg</i>	1	NEDS; SP-Optum Specialty
<i>bicalutamide</i>	1	
<i>bortezomib inj 1mg, 2.5mg</i>	1	
<i>bortezomib inj 3.5mg/1.4ml, 3.5mg</i>	1	NEDS
BOSULIF CAPS 50MG	1	PA NSO; NEDS
BOSULIF CAPS 100MG	1	QL(120 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
BOSULIF TABS 100MG	1	QL(120 EA por 30 días); PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
BOSULIF TABS 400MG, 500MG	1	QL(30 EA por 30 días); PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
BRAFTOVI	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
BRUKINSA	1	PA NSO; NEDS
CABOMETYX	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty

ID de formulario: 24521, Versión: 16, Fecha efectiva: 11/01/2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
CALQUENCE TABS	1	PA NSO; NEDS
CALQUENCE CAPS	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
CAPRELSA TABS 300MG	1	QL(30 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
CAPRELSA TABS 100MG	1	QL(60 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
COMETRIQ	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
COPIKTRA	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
COTELLIC	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
<i>cyclophosphamide tabs</i>	1	PA BvD
<i>cyclophosphamide caps</i>	1	PA BvD; SP-Optum Specialty
DARZALEX	1	NEDS
<i>dasatinib</i>	1	PA NSO; NEDS
DAURISMO	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
<i>docetaxel</i>	1	
DROXIA	1	
EMCYT	1	
ERIVEDGE	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
ERLEADA TABS 240MG	1	PA NSO; NEDS
ERLEADA TABS 60MG	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
<i>erlotinib hydrochloride tabs 150mg, 25mg</i>	1	QL(30 EA por 30 días); NEDS; SP-Optum Specialty
<i>erlotinib hydrochloride tabs 100mg</i>	1	QL(90 EA por 30 días); NEDS; SP-Optum Specialty
<i>everolimus tabs 10mg, 2.5mg, 5mg, 7.5mg</i>	1	QL(30 EA por 30 días); PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
<i>everolimus tbso 2mg, 3mg, 5mg</i>	1	QL(60 EA por 30 días); PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
EXKIVITY	1	PA NSO; NEDS
<i>flutamide</i>	1	
FOTIVDA	1	PA NSO; NEDS
FRUZAQLA	1	PA NSO; NEDS

ID de formulario: 24521, Versión: 16, Fecha efectiva: 11/01/2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
GAVRETO	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
<i>gefitinib</i>	1	PA NSO; NEDS
GILOTRIF	1	PA NSO; NEDS
GLEOSTINE	1	
<i>hydroxyurea</i>	1	
IBRANCE	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
ICLUSIG	1	PA NSO; NEDS
IDHIFA	1	QL(30 EA por 30 días); PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
<i>imatinib mesylate</i>	1	NEDS; SP-Optum Specialty
IMBRUVICA SUSP	1	PA NSO; NEDS
IMBRUVICA CAPS, TABS	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
INLYTA	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
INQOVI	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
INREBIC	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
INTRON A	1	SP-Optum Specialty
IRESSA	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
IWILFIN	1	PA NSO; NEDS
JAKAFI	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
JAYPIRCA	1	PA NSO; NEDS
JYLAMVO	1	PA BvD
KISQALI	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
KOSELUGO	1	PA NSO; NEDS
KRAZATI	1	PA NSO; NEDS
KYPROLIS	1	NEDS
<i>lapatinib ditosylate</i>	1	QL(180 EA por 30 días); PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
<i>lenalidomide caps 2.5mg, 20mg</i>	1	PA NSO; NEDS
<i>lenalidomide caps 10mg, 15mg, 25mg, 5mg</i>	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
LENVIMA 10 MG DAILY DOSE	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty

ID de formulario: 24521, Versión: 16, Fecha efectiva: 11/01/2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
LENVIMA 12MG DAILY DOSE	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
LENVIMA 14 MG DAILY DOSE	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
LENVIMA 18 MG DAILY DOSE	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
LENVIMA 20 MG DAILY DOSE	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
LENVIMA 24 MG DAILY DOSE	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
LENVIMA 4 MG DAILY DOSE	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
LENVIMA 8 MG DAILY DOSE	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
LEUKERAN	1	
LONSURF	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
LORBRENA	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
LUMAKRAS TABS 320MG	1	PA NSO; NEDS
LUMAKRAS TABS 120MG	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
LYNPARZA	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
LYSODREN	1	
LYTGOBI	1	PA NSO; NEDS
MATULANE	1	NEDS
MEKINIST SOLR	1	PA NSO; NEDS
MEKINIST TABS	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
MEKTOVI	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
<i>mercaptopurine</i>	1	
<i>methotrexate</i>	1	PA BvD
<i>methotrexate sodium</i>	1	PA BvD
NERLYNX	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
<i>nilutamide</i>	1	NEDS
NINLARO	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
NUBEQA	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
ODOMZO	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
OGSIVEO	1	PA NSO; NEDS

ID de formulario: 24521, Versión: 16, Fecha efectiva: 11/01/2024

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



Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
OJEMDA	1	PA NSO; NEDS
OJJAARA	1	PA NSO; NEDS
ONUREG	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
OPDIVO	1	NEDS
ORSERDU	1	PA NSO; NEDS
<i>paclitaxel</i>	1	
<i>pazopanib hydrochloride</i>	1	QL(120 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
PEMAZYRE	1	PA NSO; NEDS
PIQRAY 200MG DAILY DOSE	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
PIQRAY 250MG DAILY DOSE	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
PIQRAY 300MG DAILY DOSE	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
POMALYST	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
PURIXAN	1	NEDS
QINLOCK	1	PA NSO; NEDS
RETEVMO CAPS	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
RETEVMO TABS 120MG, 160MG	1	PA NSO; NEDS
RETEVMO TABS 80MG	1	QL(60 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
RETEVMO TABS 40MG	1	QL(90 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
REVLIMID	1	PA NSO; NEDS
REZLIDHIA	1	PA NSO; NEDS
ROZLYTREK PACK	1	PA NSO; NEDS
ROZLYTREK CAPS	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
RUBRACA	1	QL(120 EA por 30 días); PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
RYDAPT	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
SCSEMBLIX TABS 20MG, 40MG	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
SCSEMBLIX TABS 100MG	1	QL(120 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
<i>sorafenib</i>	1	QL(220 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
<i>sorafenib tosylate</i>	1	QL(220 EA por 30 días); PA NSO; NEDS

ID de formulario: 24521, Versión: 16, Fecha efectiva: 11/01/2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
SPRYCEL	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
STIVARGA	1	QL(90 EA por 30 días); PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
<i>sunitinib malate</i>	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
SYNRIBO	1	NEDS
TABLOID	1	SP-Optum Specialty
TABRECTA	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
TAFINLAR TBSO	1	PA NSO; NEDS
TAFINLAR CAPS	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
TAGRISO	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
TALZENNA CAPS 0.1MG, 0.35MG	1	PA NSO; NEDS
TALZENNA CAPS 0.25MG, 0.5MG, 0.75MG, 1MG	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
TASIGNA	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
TAZVERIK	1	PA NSO; NEDS
TEPMETKO	1	PA NSO; NEDS
TIBSOVO	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
<i>tretinoin caps 10mg</i>	1	NEDS; SP-Optum Specialty
TREXALL	1	PA BvD
TRUQAP	1	PA NSO; NEDS
TRUSELTIQ	1	PA NSO; NEDS
TUKYSA	1	PA NSO; NEDS
TURALIO	1	PA NSO; NEDS
VANFLYTA	1	PA NSO; NEDS
VENCLEXTA STARTING PACK	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
VENCLEXTA TABS 100MG	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
VENCLEXTA TABS 10MG, 50MG	1	PA NSO; SP-Optum Specialty
VERZENIO	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
VITRAKVI	1	PA NSO; NEDS
VIZIMPRO	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty

ID de formulario: 24521, Versión: 16, Fecha efectiva: 11/01/2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
VONJO	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
VOTRIENT	1	QL(120 EA por 30 días); PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
WELIREG	1	PA NSO; NEDS
XALKORI CPSP	1	PA NSO; NEDS
XALKORI CAPS	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
XATMEP	1	PA BvD
XOSPATA	1	PA NSO; NEDS
XPOVIO	1	PA NSO; NEDS
XPOVIO 100 MG ONCE WEEKLY	1	PA NSO; NEDS
XPOVIO 40 MG ONCE WEEKLY	1	PA NSO; NEDS
XPOVIO 40 MG TWICE WEEKLY	1	PA NSO; NEDS
XPOVIO 60 MG ONCE WEEKLY	1	PA NSO; NEDS
XPOVIO 60 MG TWICE WEEKLY	1	PA NSO; NEDS
XPOVIO 80 MG ONCE WEEKLY	1	PA NSO; NEDS
XPOVIO 80 MG TWICE WEEKLY	1	PA NSO; NEDS
XTANDI	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
YERVOY	1	NEDS
YONSA	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
ZEJULA TABS	1	PA NSO; NEDS
ZEJULA CAPS	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
ZELBORAF	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
ZOLINZA	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
ZYDELIG	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
ZYKADIA	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
<b>Agentes de piel y membranas mucosas</b>		
<i>Agentes antiinflamatorios</i>		
CORTIFOAM	1	
<i>fluocinolone acetonide topical</i>	1	
<i>kourzeq</i>	1	
<i>Agentes de la membrana mucosa y de la piel, varios</i>		
<i>nitroglycerin oint 0.4%</i>	1	QL(30 GM por 30 días)
<i>podofilox gel 0.5%</i>	1	
<i>Agentes queratolíticos</i>		
<i>tazarotene crea 0.05%</i>	1	PA

ID de formulario: 24521, Versión: 16, Fecha efectiva: 11/01/2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<b>Antiinfecciosos</b>		
<i>clindamycin phosphate gel 1%</i>	1	
<i>klayesta</i>	1	
<i>naftifine hydrochloride gel 1%</i>	1	
<b>Antipruriginosos y Anestésicos Locales</b>		
<i>glydo</i>	1	QL(100 ML por 30 días)
<i>lidocaine hcl jelly</i>	1	QL(100 ML por 30 días)
<i>lidocaine hcl prsy 2%</i>	1	QL(100 ML por 30 días)
<i>lidocaine hydrochloride prsy 2%</i>	1	QL(100 ML por 30 días)
PROCTOFOAM HC	1	
<b>Agentes del sistema nervioso central</b>		
<b>Agentes anorexígenos y estimulantes respiratorios y del sistema nervioso central (CNS)</b>		
<i>amphetamine/dextroamphetamine</i>	1	
<i>armodafinil</i>	1	PA
<i>dexmethylphenidate hcl er cp24 20mg, 35mg</i>	1	
<i>dexmethylphenidate hcl tabs 10mg, 5mg</i>	1	
<i>dexmethylphenidate hydrochloride er cp24 10mg, 15mg, 30mg, 40mg, 5mg</i>	1	
<i>dexmethylphenidate hydrochloride cp24</i>	1	
<i>dexmethylphenidate hydrochloride tabs 2.5mg</i>	1	
<i>dextroamphetamine sulfate er</i>	1	
<i>dextroamphetamine sulfate tabs 10mg, 15mg, 20mg, 30mg, 5mg</i>	1	
<i>lisdexamfetamine dimesylate</i>	1	PA
<i>methamphetamine hcl</i>	1	PA
<i>methylphenidate hydrochloride</i>	1	
<i>methylphenidate hydrochloride cd cpcr 10mg, 20mg, 30mg, 50mg, 60mg</i>	1	
<i>methylphenidate hydrochloride er (la)</i>	1	
<i>methylphenidate hydrochloride er cp24 10mg, 20mg, 30mg, 40mg</i>	1	
<i>methylphenidate hydrochloride er cpcr 40mg</i>	1	
<i>methylphenidate hydrochloride er tb24, tbc</i>	1	
<i>modafinil tabs</i>	1	PA
SUNOSI	1	PA
VYVANSE	1	PA
<b>Agentes antijaquecosos</b>		
AIMOVIG	1	QL(1 ML por 30 días); PA
<i>almotriptan</i>	1	
<i>eletriptan hydrobromide</i>	1	
EMGALITY INJ 120MG/ML	1	QL(2 ML por 30 días); PA
EMGALITY INJ 100MG/ML	1	QL(3 ML por 30 días); PA
<i>frovatriptan succinate</i>	1	
<i>naratriptan hcl</i>	1	

ID de formulario: 24521, Versión: 16, Fecha efectiva: 11/01/2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
NURTEC	1	PA
<i>rizatriptan benzoate</i>	1	
<i>rizatriptan benzoate odt</i>	1	
<i>sumatriptan succinate refill inj 6mg/0.5ml</i>	1	
<i>sumatriptan succinate inj, tabs</i>	1	
<i>sumatriptan soln</i>	1	
UBRELVY	1	PA
<i>zolmitriptan odt</i>	1	
<i>zolmitriptan tabs</i>	1	
<i>zolmitriptan soln 5mg</i>	1	
<b>Agentes antimaníacos</b>		
<i>lithium</i>	1	
<i>lithium carbonate er</i>	1	
<i>lithium carbonate caps, tabs</i>	1	
<b>Agentes antiparkinsonianos</b>		
<i>amantadine hcl caps, soln, tabs</i>	1	
<i>benztropine mesylate tabs</i>	1	
<i>bromocriptine mesylate caps, tabs</i>	1	
<i>cabergoline</i>	1	
<i>carbidopa/levodopa</i>	1	
<i>carbidopa/levodopa er</i>	1	
<i>carbidopa/levodopa odt</i>	1	
<i>carbidopa/levodopa/entacapone</i>	1	
<i>carbidopa tabs</i>	1	
EMSAM	1	ST NSO; NEDS
<i>entacapone</i>	1	
GOCOVRI	1	PA
INBRIJA	1	NEDS
KYNMOBI	1	NEDS
NEUPRO	1	QL(30 EA por 30 días)
ONGENTYS	1	
<i>pramipexole dihydrochloride</i>	1	
<i>pramipexole dihydrochloride er</i>	1	
<i>rasagiline mesylate tabs</i>	1	
<i>ropinirole er</i>	1	
<i>ropinirole hcl tabs 0.5mg, 1mg, 2mg, 4mg, 5mg</i>	1	
<i>ropinirole hydrochloride tabs 0.25mg, 3mg</i>	1	
RYTARY	1	
<i>selegiline hcl caps, tabs</i>	1	
<i>trihexyphenidyl hcl soln</i>	1	
<i>trihexyphenidyl hydrochloride</i>	1	
<b>Agentes de fibromialgia</b>		
SAVELLA	1	
SAVELLA TITRATION PACK	1	
<b>Agentes del sistema nervioso central, varios</b>		

ID de formulario: 24521, Versión: 16, Fecha efectiva: 11/01/2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>acamprosate calcium dr</i>	1	
<i>atomoxetine hydrochloride</i>	1	QL(60 EA por 30 días)
<i>atomoxetine caps 100mg, 80mg</i>	1	QL(30 EA por 30 días)
<i>atomoxetine caps 18mg, 40mg, 60mg</i>	1	QL(60 EA por 30 días)
EXSERVAN	1	NEDS
<i>guanfacine hydrochloride er</i>	1	QL(90 EA por 90 días)
<i>memantine hcl titration pak</i>	1	
<i>memantine hydrochloride er</i>	1	
<i>memantine hydrochloride soln, tabs</i>	1	
NAMZARIC	1	
NOURIANZ	1	QL(30 EA por 30 días); NEDS
NUEDEXTA	1	PA
RADICAVA ORS	1	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
RADICAVA ORS STARTER KIT	1	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
RELYVRIO	1	QL(60 EA por 30 días); PA; NEDS
<i>riluzole</i>	1	
SODIUM OXYBATE	1	PA; NEDS
<b>Agentes psicoterapéuticos</b>		
ABILIFY ASIMTUFII	1	NEDS
ABILIFY MAINTENA	1	NEDS
ABILIFY MYCITE	1	QL(30 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
ABILIFY MYCITE MAINTENANCE KIT	1	QL(30 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
ABILIFY MYCITE STARTER KIT	1	QL(30 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
<i>amitriptyline hcl tabs 100mg, 150mg, 25mg, 75mg</i>	1	
<i>amitriptyline hydrochloride tabs 100mg, 10mg, 50mg</i>	1	
<i>amoxapine</i>	1	
ALENZIN TB24 174MG, 348MG	1	ST NSO
ALENZIN TB24 522MG	1	ST NSO; NEDS
<i>aripiprazole</i>	1	
<i>aripiprazole odt</i>	1	
ARISTADA	1	NEDS
ARISTADA INITIO	1	NEDS
<i>asenapine maleate sl</i>	1	ST NSO
AUVELITY	1	
<i>bupropion hcl tabs 100mg</i>	1	
<i>bupropion hydrochloride er (sr)</i>	1	
<i>bupropion hydrochloride er (xl)</i>	1	
<i>bupropion hydrochloride tabs 75mg</i>	1	

ID de formulario: 24521, Versión: 16, Fecha efectiva: 11/01/2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
CAPLYTA	1	QL(30 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
<i>chlordiazepoxide/amitriptyline</i>	1	
<i>chlorpromazine hcl tabs</i>	1	
<i>chlorpromazine hydrochloride conc, tabs</i>	1	
<i>citalopram hydrobromide</i>	1	
<i>clomipramine hydrochloride</i>	1	
<i>clozapine odt</i>	1	
<i>clozapine tabs 100mg, 200mg, 25mg, 50mg</i>	1	
<i>desipramine hydrochloride</i>	1	
<i>desvenlafaxine er</i>	1	
<i>doxepin hcl caps 75mg</i>	1	
<i>doxepin hcl conc</i>	1	
<i>doxepin hydrochloride caps 100mg, 10mg, 150mg, 25mg, 50mg</i>	1	
<i>doxepin hydrochloride tabs 3mg, 6mg</i>	1	QL(30 EA por 30 días)
DRIZALMA SPRINKLE CSDR 20MG, 60MG	1	QL(60 EA por 30 días)
DRIZALMA SPRINKLE CSDR 30MG, 40MG	1	QL(90 EA por 30 días)
<i>duloxetine hcl cpep 40mg</i>	1	QL(90 EA por 30 días)
<i>duloxetine hydrochloride cpep 20mg, 60mg</i>	1	QL(60 EA por 30 días)
<i>duloxetine hydrochloride cpep 30mg</i>	1	QL(90 EA por 30 días)
<i>escitalopram oxalate soln, tabs</i>	1	
FANAPT	1	ST NSO
FANAPT TITRATION PACK	1	ST NSO
FETZIMA	1	ST NSO
FETZIMA TITRATION PACK	1	ST NSO
<i>fluoxetine dr</i>	1	
<i>fluoxetine hydrochloride caps, soln, tabs</i>	1	
<i>fluphenazine decanoate inj</i>	1	
<i>fluphenazine hcl conc</i>	1	
<i>fluphenazine hcl tabs 1mg</i>	1	
<i>fluphenazine hydrochloride elix, inj</i>	1	
<i>fluphenazine hydrochloride tabs 10mg, 2.5mg, 5mg</i>	1	
<i>fluvoxamine maleate</i>	1	
<i>fluvoxamine maleate er</i>	1	
<i>haloperidol decanoate inj</i>	1	
<i>haloperidol lactate</i>	1	
<i>haloperidol conc, tabs</i>	1	
<i>imipramine hcl tabs 25mg, 50mg</i>	1	
<i>imipramine hydrochloride tabs 10mg</i>	1	
<i>imipramine pamoate</i>	1	
INVEGA HAFYERA	1	NEDS
INVEGA SUSTENNA INJ 39MG/0.25ML	1	
INVEGA SUSTENNA INJ 117MG/0.75ML, 156MG/ML, 234MG/1.5ML, 78MG/0.5ML	1	NEDS

ID de formulario: 24521, Versión: 16, Fecha efectiva: 11/01/2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
INVEGA TRINZA	1	NEDS
<i>loxapine</i>	1	
<i>lurasidone hydrochloride tabs 120mg, 20mg, 40mg, 60mg</i>	1	QL(30 EA por 30 días)
<i>lurasidone hydrochloride tabs 80mg</i>	1	QL(60 EA por 30 días)
LYBALVI	1	PA NSO; NEDS
MARPLAN	1	
<i>mirtazapine odt</i>	1	
<i>mirtazapine tabs</i>	1	
<i>molindone hydrochloride</i>	1	
<i>nefazodone hydrochloride</i>	1	
<i>nortriptyline hcl caps 25mg, 75mg</i>	1	
<i>nortriptyline hcl soln</i>	1	
<i>nortriptyline hydrochloride caps 10mg, 50mg</i>	1	
NUPLAZID CAPS	1	QL(60 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
NUPLAZID TABS 10MG	1	QL(60 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
<i>olanzapine</i>	1	
<i>olanzapine odt</i>	1	
<i>olanzapine/fluoxetine</i>	1	
<i>paliperidone er</i>	1	
<i>paroxetine</i>	1	
<i>paroxetine hcl er</i>	1	
<i>paroxetine hcl tabs 30mg, 40mg</i>	1	
<i>paroxetine hydrochloride susp</i>	1	
<i>paroxetine hydrochloride tabs 10mg, 20mg</i>	1	
<i>perphenazine/amitriptyline</i>	1	
<i>perphenazine tabs</i>	1	
PERSERIS	1	NEDS
<i>phenelzine sulfate tabs</i>	1	
<i>pimozide</i>	1	
<i>prochlorperazine edisylate inj 10mg/2ml, 50mg/10ml</i>	1	
<i>prochlorperazine maleate tabs</i>	1	
<i>prochlorperazine supp 25mg</i>	1	
<i>protriptyline hcl</i>	1	
<i>quetiapine fumarate er</i>	1	
<i>quetiapine fumarate tabs 100mg, 150mg, 200mg, 300mg, 400mg</i>	1	
<i>quetiapine fumarate tabs 25mg, 50mg</i>	1	QL(60 EA por 30 días)
REXULTI	1	NEDS
RISPERDAL CONSTA INJ 12.5MG	1	
RISPERDAL CONSTA INJ 25MG, 37.5MG, 50MG	1	NEDS
<i>risperidone</i>	1	
<i>risperidone er inj 12.5mg</i>	1	
<i>risperidone er inj 25mg, 37.5mg, 50mg</i>	1	NEDS

ID de formulario: 24521, Versión: 16, Fecha efectiva: 11/01/2024

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



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

ID de formulario: 24521, Versión: 16, Fecha efectiva: 11/01/2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>butorphanol tartrate soln</i>	1	QL(7.5 ML por 30 días)
<i>celecoxib caps</i>	1	
<i>codeine sulfate tabs</i>	1	QL(180 EA por 30 días)
<i>diclofenac epolamine</i>	1	QL(60 EA por 30 días); PA
<i>diclofenac potassium tabs 50mg</i>	1	
<i>diclofenac sodium dr</i>	1	
<i>diclofenac sodium er</i>	1	
<i>diclofenac sodium/misoprostol</i>	1	
<i>diflunisal tabs 500mg</i>	1	
<i>ec-naproxen tbec 500mg</i>	1	
<i>endocet tabs 325mg; 10mg, 325mg; 2.5mg, 325mg; 5mg, 325mg; 7.5mg</i>	1	QL(240 EA por 30 días)
<i>etodolac er</i>	1	
<i>etodolac caps, tabs</i>	1	
<i>fentanyl citrate oral transmucosal lpop 200mcg</i>	1	QL(120 EA por 30 días); PA
<i>fentanyl citrate oral transmucosal lpop 1200mcg, 1600mcg, 400mcg, 600mcg, 800mcg</i>	1	QL(120 EA por 30 días); PA; NEDS
<i>fentanyl citrate tabs</i>	1	QL(120 EA por 30 días); PA; NEDS
<i>fentanyl pt72 100mcg/hr, 12mcg/hr, 25mcg/hr, 50mcg/hr, 75mcg/hr</i>	1	QL(10 EA por 30 días)
<i>flurbiprofen tabs 100mg</i>	1	
<i>hydrocodone bitartrate er t24a</i>	1	QL(60 EA por 30 días)
<i>hydrocodone bitartrate/acetaminophen soln 325mg/15ml; 7.5mg/15ml</i>	1	QL(3600 ML por 30 días)
<i>hydrocodone bitartrate/acetaminophen tabs 300mg; 10mg, 300mg; 5mg, 300mg; 7.5mg, 325mg; 10mg, 325mg; 5mg</i>	1	QL(240 EA por 30 días)
<i>hydrocodone/acetaminophen tabs 325mg; 7.5mg</i>	1	QL(240 EA por 30 días)
<i>hydrocodone/ibuprofen tabs 10mg; 200mg, 5mg; 200mg, 7.5mg; 200mg</i>	1	QL(240 EA por 30 días)
<i>hydromorphone hcl er tb24 12mg, 16mg, 8mg</i>	1	QL(30 EA por 30 días)
<i>hydromorphone hcl liqd</i>	1	QL(1350 ML por 30 días)
<i>hydromorphone hcl tabs 8mg</i>	1	QL(120 EA por 30 días)
<i>hydromorphone hcl tabs 2mg, 4mg</i>	1	QL(240 EA por 30 días)
<i>hydromorphone hydrochloride er tb24 32mg</i>	1	QL(30 EA por 30 días)
<i>ibu</i>	1	
<i>ibuprofen susp</i>	1	
<i>ibuprofen tabs 400mg, 600mg, 800mg</i>	1	
<i>indomethacin er</i>	1	
<i>indomethacin caps 25mg, 50mg</i>	1	
<i>ketoprofen er cp24 200mg</i>	1	
<i>ketoprofen caps 25mg, 50mg</i>	1	

ID de formulario: 24521, Versión: 16, Fecha efectiva: 11/01/2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
LAZANDA SOLN 400MCG/ACT	1	QL(15 EA por 30 días); PA; NEDS
LAZANDA SOLN 100MCG/ACT	1	QL(30 EA por 30 días); PA; NEDS
<i>levorphanol tartrate tabs</i>	1	QL(240 EA por 30 días); NEDS
<i>meclofenamate sodium caps</i>	1	
<i>mefenamic acid caps</i>	1	
<i>meloxicam caps, tabs</i>	1	
<i>methadone hcl tabs</i>	1	QL(120 EA por 30 días)
<i>methadone hcl soln 5mg/5ml</i>	1	QL(1200 ML por 30 días)
<i>methadone hcl soln 10mg/5ml</i>	1	QL(600 ML por 30 días)
<i>morphine sulfate er cp24, tbc</i>	1	QL(60 EA por 30 días)
<i>morphine sulfate tabs</i>	1	QL(180 EA por 30 días)
<i>morphine sulfate soln 100mg/5ml</i>	1	QL(180 ML por 30 días)
<i>morphine sulfate soln 10mg/5ml, 20mg/5ml</i>	1	QL(900 ML por 30 días)
<i>nabumetone tabs</i>	1	
<i>naproxen dr</i>	1	
<i>naproxen sodium cr tb24 375mg</i>	1	
<i>naproxen sodium er tb24 375mg, 750mg</i>	1	
<i>naproxen sodium er tb24 500mg</i>	1	NEDS
<i>naproxen sodium tabs 275mg, 550mg</i>	1	
<i>naproxen susp</i>	1	
<i>naproxen tabs 250mg, 375mg, 500mg</i>	1	
<i>naproxen tbec 500mg</i>	1	
<i>oxaprozin tabs</i>	1	
<i>oxycodone hcl er t12a</i>	1	QL(60 EA por 30 días)
<i>oxycodone hydrochloride er t12a 10mg, 20mg</i>	1	QL(60 EA por 30 días)
<i>oxycodone hydrochloride conc</i>	1	QL(120 ML por 30 días)
<i>oxycodone hydrochloride caps</i>	1	QL(240 EA por 30 días)
<i>oxycodone hydrochloride soln</i>	1	QL(2400 ML por 30 días)
<i>oxycodone hydrochloride tabs 20mg, 30mg</i>	1	QL(120 EA por 30 días)
<i>oxycodone hydrochloride tabs 10mg, 15mg</i>	1	QL(180 EA por 30 días)
<i>oxycodone hydrochloride tabs 5mg</i>	1	QL(240 EA por 30 días)
<i>oxycodone/acetaminophen tabs 325mg; 10mg, 325mg; 2.5mg, 325mg; 5mg, 325mg; 7.5mg</i>	1	QL(240 EA por 30 días)
OXYCONTIN T12A	1	QL(60 EA por 30 días)
<i>oxymorphone hydrochloride</i>	1	QL(180 EA por 30 días)
<i>oxymorphone hydrochloride er tb12 10mg, 15mg, 20mg, 30mg, 5mg, 7.5mg</i>	1	QL(60 EA por 30 días)
<i>oxymorphone hydrochloride er</i>	1	QL(60 EA por 30 días)
<i>piroxicam caps</i>	1	
<i>pregabalin er</i>	1	
<i>salsalate tabs</i>	1	

ID de formulario: 24521, Versión: 16, Fecha efectiva: 11/01/2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<b>SUBSYS</b>	1	QL(120 EA por 30 días); PA; NEDS
<i>sulindac tabs</i>	1	
<i>tramadol hcl er cp24 100mg, 200mg, 300mg</i>	1	QL(30 EA por 30 días)
<i>tramadol hcl er tb24</i>	1	QL(30 EA por 30 días)
<i>tramadol hydrochloride er</i>	1	QL(30 EA por 30 días)
<i>tramadol hydrochloride/acetaminophen</i>	1	QL(240 EA por 30 días)
<i>tramadol hydrochloride tabs 100mg</i>	1	QL(120 EA por 30 días)
<i>tramadol hydrochloride tabs 50mg</i>	1	QL(240 EA por 30 días)
<b>Ansiolíticos, sedantes e hipnóticos</b>		
<i>alprazolam er</i>	1	
<i>alprazolam odt</i>	1	
<i>alprazolam tabs</i>	1	
<b>BELSOMRA</b>	1	
<i>bupirone hcl tabs 15mg</i>	1	
<i>bupirone hydrochloride tabs 10mg, 30mg, 5mg, 7.5mg</i>	1	
<i>clorazepate dipotassium tabs</i>	1	
<b>DAYVIGO</b>	1	
<i>diazepam intensol</i>	1	
<i>diazepam rectal gel</i>	1	
<i>diazepam soln, tabs</i>	1	
<i>estazolam</i>	1	
<i>eszopiclone</i>	1	
<i>flurazepam hcl</i>	1	
<i>flurazepam hydrochloride</i>	1	
<b>HETLIOZ LQ</b>	1	PA; NEDS
<i>hydroxyzine hcl inj 25mg/ml</i>	1	
<i>hydroxyzine hcl tabs 50mg</i>	1	
<i>hydroxyzine hydrochloride syrp</i>	1	
<i>hydroxyzine hydrochloride tabs 10mg, 25mg</i>	1	
<i>hydroxyzine pamoate caps</i>	1	
<i>lorazepam intensol</i>	1	
<i>lorazepam tabs</i>	1	
<i>oxazepam</i>	1	
<i>phenobarbital elix 20mg/5ml</i>	1	
<i>phenobarbital tabs 100mg, 15mg, 16.2mg, 30mg, 32.4mg, 60mg, 64.8mg, 97.2mg</i>	1	
<i>ramelteon</i>	1	QL(30 EA por 30 días)
<i>tasimelteon</i>	1	PA; NEDS
<i>temazepam</i>	1	
<i>triazolam</i>	1	
<i>zaleplon</i>	1	
<i>zolpidem tartrate er</i>	1	
<i>zolpidem tartrate subl, tabs</i>	1	
<b>Anticonvulsivos</b>		

ID de formulario: 24521, Versión: 16, Fecha efectiva: 11/01/2024

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

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

ID de formulario: 24521, Versión: 16, Fecha efectiva: 11/01/2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>phenytek</i>	1	
<i>phenytoin sodium extended</i>	1	
<i>phenytoin chew, susp</i>	1	
<i>pregabalin caps, soln</i>	1	
<i>primidone tabs</i>	1	
<i>roweepra tabs 500mg</i>	1	
<i>rufinamide</i>	1	
SPRITAM	1	
<i>subvenite</i>	1	
<i>subvenite starter kit/blue</i>	1	
<i>subvenite starter kit/green</i>	1	
<i>subvenite starter kit/orange</i>	1	
SYMPAZAN	1	
<i>tiagabine hydrochloride</i>	1	
<i>topiramate er cs24</i>	1	
<i>topiramate cpsp, tabs</i>	1	
<i>valproic acid caps, soln</i>	1	
VALTOCO 10 MG DOSE	1	QL(10 EA por 30 días); PA NSO
VALTOCO 15 MG DOSE	1	QL(10 EA por 30 días); PA NSO
VALTOCO 20 MG DOSE	1	QL(10 EA por 30 días); PA NSO
VALTOCO 5 MG DOSE	1	QL(10 EA por 30 días); PA NSO
<i>vigabatrin</i>	1	NEDS
<i>vigadrone</i>	1	NEDS
VIGAFYDE	1	PA NSO; NEDS
<i>vigpoder</i>	1	NEDS
XCOPRI TABS	1	NEDS
XCOPRI TBPK 0	1	
XCOPRI TBPK 0	1	NEDS
ZONISADE	1	
<i>zonisamide caps</i>	1	
ZTALMY	1	PA NSO; NEDS
<b><i>Inhibidores del transportador vesicular de monoaminas 2 (VMAT2)</i></b>		
AUSTEDO	1	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
AUSTEDO XR PATIENT TITRATION KIT TEPK 0	1	QL(56 EA por 365 días); PA; NEDS
AUSTEDO XR PATIENT TITRATION KIT TEPK 0	1	QL(84 EA por 365 días); PA; NEDS
AUSTEDO XR TB24 6MG	1	QL(210 EA por 30 días); PA; NEDS

ID de formulario: 24521, Versión: 16, Fecha efectiva: 11/01/2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
AUSTEDO XR TB24 18MG, 30MG, 36MG, 42MG, 48MG	1	QL(30 EA por 30 días); PA; NEDS
AUSTEDO XR TB24 24MG	1	QL(60 EA por 30 días); PA; NEDS
AUSTEDO XR TB24 12MG	1	QL(90 EA por 30 días); PA; NEDS
INGREZZA	1	PA; NEDS
<i>tetrabenazine</i>	1	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
<b>Agentes del tracto respiratorio</b>		
<b><i>Agentes antifibróticos</i></b>		
ESBRIET CAPS	1	QL(270 EA por 30 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
ESBRIET TABS 267MG	1	QL(270 EA por 30 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
ESBRIET TABS 801MG	1	QL(90 EA por 30 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
OFEV	1	QL(60 EA por 30 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
<i>pirfenidone caps</i>	1	QL(270 EA por 30 días); PA; NEDS
<i>pirfenidone tabs 534mg</i>	1	QL(135 EA por 30 días); PA; NEDS
<i>pirfenidone tabs 267mg</i>	1	QL(270 EA por 30 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
<i>pirfenidone tabs 801mg</i>	1	QL(90 EA por 30 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
<b><i>Agentes antiinflamatorios</i></b>		
<i>cromolyn sodium conc 100mg/5ml</i>	1	
<i>cromolyn sodium nebu 20mg/2ml</i>	1	PA BvD; NEDS
DUPIXENT INJ 100MG/0.67ML, 200MG/1.14ML	1	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
FASENRA PEN	1	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
FASENRA INJ 10MG/0.5ML	1	PA
FASENRA INJ 30MG/ML	1	PA; NEDS
<i>montelukast sodium chew, pack, tabs</i>	1	
NUCALA INJ 100MG, 40MG/0.4ML	1	PA; NEDS

ID de formulario: 24521, Versión: 16, Fecha efectiva: 11/01/2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
NUCALA INJ 100MG/ML	1	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
<i>zafirlukast</i>	1	
<i>zileuton er</i>	1	NEDS
<b>Agentes del tracto respiratorio, varios</b>		
BRONCHITOL	1	NEDS
PROLASTIN-C	1	PA; NEDS
XOLAIR INJ 150MG/ML, 150MG, 300MG/2ML, 75MG/0.5ML	1	PA; NEDS
XOLAIR INJ 150MG/ML	1	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
<b>Agentes mucolíticos</b>		
PULMOZYME	1	PA BvD; NEDS; SP-Optum Specialty
<b>Agentes vasodilatadores</b>		
ADEMPAS	1	PA; NEDS
<i>ambrisentan</i>	1	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
<i>bosentan</i>	1	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
OPSUMIT	1	PA; NEDS
ORENITRAM TITRATION KIT MONTH 1	1	PA; NEDS
ORENITRAM TITRATION KIT MONTH 2	1	PA; NEDS
ORENITRAM TITRATION KIT MONTH 3	1	PA; NEDS
ORENITRAM TBCR 0.125MG, 0.25MG, 1MG, 2.5MG	1	PA
ORENITRAM TBCR 5MG	1	PA; NEDS
TRACLEER TBSO	1	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
UPTRAVI TITRATION PACK	1	PA; NEDS
UPTRAVI TABS	1	PA; NEDS
VENTAVIS	1	PA; NEDS
<b>Inhibidores de la fosfodiesterasa tipo 4</b>		
<i>roflumilast</i>	1	
<b>Moduladores del regulador de la conductancia transmembrana de la fibrosis quística</b>		
KALYDECO TABS	1	QL(56 EA por 28 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
KALYDECO PACK 13.4MG, 5.8MG	1	QL(56 EA por 28 días); PA; NEDS
KALYDECO PACK 25MG, 50MG, 75MG	1	QL(56 EA por 28 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty

ID de formulario: 24521, Versión: 16, Fecha efectiva: 11/01/2024

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



Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
ORKAMBI TABS	1	QL(112 EA por 28 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
ORKAMBI PACK 94MG; 75MG	1	QL(56 EA por 28 días); PA; NEDS
ORKAMBI PACK 125MG; 100MG, 188MG; 150MG	1	QL(56 EA por 28 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
SYMDEKO	1	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
TRIKAFTA THPK	1	QL(56 EA por 28 días); PA; NEDS
TRIKAFTA TBPK	1	QL(84 EA por 28 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
<b>Agentes para la piel y las membranas mucosas</b>		
<i>Estimulantes y proliferantes celulares</i>		
RETIN-A MICRO	1	PA
<i>tretinoin microsphere gel 0.08%</i>	1	PA
<b>Agentes terapéuticos variados</b>		
<i>Fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad</i>		
COSENTYX SENSOREADY PEN	1	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
COSENTYX UNOREADY	1	PA; NEDS
COSENTYX INJ 125MG/5ML	1	PA; NEDS
COSENTYX INJ 150MG/ML, 75MG/0.5ML	1	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
ENBREL MINI	1	QL(8 ML por 28 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
ENBREL SURECLICK	1	QL(8 ML por 28 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
ENBREL INJ 25MG	1	QL(8 EA por 28 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
ENBREL INJ 50MG/ML	1	QL(8 ML por 28 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
ENBREL INJ 25MG/0.5ML	1	QL(8.16 ML por 28 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
HUMIRA PEDIATRIC CROHNS DISEASE STARTER PACK INJ 0, 80MG/0.8ML	1	PA; NEDS; SP-Optum Specialty; AbbVie labeled products only.

ID de formulario: 24521, Versión: 16, Fecha efectiva: 11/01/2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
HUMIRA PEN-CD/UC/HS STARTER	1	PA; NEDS; SP-Optum Specialty; AbbVie labeled products only.
HUMIRA PEN-PEDIATRIC UC STARTER PACK	1	PA; NEDS; SP-Optum Specialty; AbbVie labeled products only.
HUMIRA PEN-PS/UV STARTER	1	PA; NEDS; SP-Optum Specialty; AbbVie labeled products only.
HUMIRA PEN INJ 80MG/0.8ML	1	QL(4 EA por 28 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty; AbbVie labeled products only.
HUMIRA PEN INJ 40MG/0.4ML, 40MG/0.8ML	1	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	1	QL(6 EA por 28 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty; AbbVie labeled products only.
KINERET	1	QL(20.1 ML por 28 días); PA; NEDS
<i>leflunomide tabs</i>	1	
ORENCIA CLICKJECT	1	QL(4 ML por 28 días); PA; NEDS
ORENCIA INJ 50MG/0.4ML	1	QL(1.6 ML por 28 días); PA; NEDS
ORENCIA INJ 87.5MG/0.7ML	1	QL(2.8 ML por 28 días); PA; NEDS
ORENCIA INJ 125MG/ML	1	QL(4 ML por 28 días); PA; NEDS
OTEZLA TABS 30MG	1	QL(60 EA por 30 días); PA; NEDS
OTEZLA TBPK 0	1	QL(110 EA por 365 días); PA; NEDS
RASUVO INJ 10MG/0.2ML, 12.5MG/0.25ML, 15MG/0.3ML, 17.5MG/0.35ML, 20MG/0.4ML, 22.5MG/0.45ML, 25MG/0.5ML, 30MG/0.6ML, 7.5MG/0.15ML	1	
RINVOQ	1	QL(30 EA por 30 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty

ID de formulario: 24521, Versión: 16, Fecha efectiva: 11/01/2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
XELJANZ XR	1	QL(30 EA por 30 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
XELJANZ SOLN	1	QL(300 ML por 30 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
XELJANZ TABS	1	QL(60 EA por 30 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
<b>Agentes terapéuticos varios</b>		
<i>Agentes anabólicos óseos</i>		
EVENITY	1	PA; NEDS
<i>Agentes antigotosos</i>		
<i>allopurinol tabs 100mg, 300mg</i>	1	
<i>colchicine caps, tabs</i>	1	
<i>febuxostat</i>	1	ST
GLOPERBA	1	
<i>Agentes cariostáticos</i>		
<i>sf 5000 plus</i>	1	
<i>sodium fluoride 1.1</i>	1	
<i>sodium fluoride 5000 plus</i>	1	
<i>sodium fluoride 5000 ppm</i>	1	
<i>Agentes inmunomoduladores</i>		
ACTIMMUNE	1	NEDS; SP-Optum Specialty
AUBAGIO	1	NEDS; SP-Optum Specialty
AVONEX PEN	1	NEDS; SP-Optum Specialty
AVONEX INJ 30MCG/0.5ML	1	NEDS; SP-Optum Specialty
BAFIERTAM	1	NEDS; SP-Optum Specialty
BETASERON	1	NEDS; SP-Optum Specialty
COPAXONE	1	NEDS; SP-Optum Specialty
<i>dimethyl fumarate starterpack</i>	1	NEDS; SP-Optum Specialty
<i>dimethyl fumarate cpdr</i>	1	NEDS; SP-Optum Specialty
EXTAVIA	1	NEDS; SP-Optum Specialty
<i>fingolimod hydrochloride</i>	1	NEDS

ID de formulario: 24521, Versión: 16, Fecha efectiva: 11/01/2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
KESIMPTA	1	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
MAYZENT	1	NEDS; SP-Optum Specialty
MAYZENT STARTER PACK TBPk 0.25MG	1	NEDS; SP-Optum Specialty
MAYZENT STARTER PACK TBPk 0.25MG	1	SP-Optum Specialty
PLEGRIDY	1	NEDS; SP-Optum Specialty
PLEGRIDY STARTER PACK	1	NEDS; SP-Optum Specialty
REBIF	1	NEDS; SP-Optum Specialty
REBIF REBIDOSE	1	NEDS; SP-Optum Specialty
REBIF REBIDOSE TITRATION PACK	1	NEDS; SP-Optum Specialty
REBIF TITRATION PACK	1	NEDS; SP-Optum Specialty
<i>teriflunomide</i>	1	
THALOMID	1	NEDS; SP-Optum Specialty
VUMERITY	1	NEDS; SP-Optum Specialty
ZEPOSIA	1	NEDS
ZEPOSIA 7-DAY STARTER PACK	1	NEDS
ZEPOSIA STARTER KIT	1	NEDS
<b>Agentes inmunosupresores</b>		
<i>azathioprine tabs</i>	1	PA BvD
BENLYSTA	1	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
<i>cyclosporine modified</i>	1	PA BvD
<i>cyclosporine caps 100mg, 25mg</i>	1	PA BvD
ENVARUS XR	1	PA BvD
<i>everolimus tabs 0.25mg, 0.5mg, 0.75mg, 1mg</i>	1	QL(60 EA por 30 días); PA BvD; NEDS
GENGRAF SOLN	1	PA BvD
GENGRAF CAPS 100MG, 25MG	1	PA BvD
<i>mycophenolate mofetil caps, tabs</i>	1	PA BvD
<i>mycophenolate mofetil susr</i>	1	PA BvD; NEDS
<i>mycophenolic acid dr</i>	1	PA BvD
NULOJIX	1	NEDS
PROGRAF PACK	1	PA BvD
<i>sirolimus soln, tabs</i>	1	PA BvD
<i>tacrolimus caps 0.5mg, 1mg, 5mg</i>	1	PA BvD

ID de formulario: 24521, Versión: 16, Fecha efectiva: 11/01/2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<b>Agentes protectores</b>		
MESNEX TABS	1	NEDS
<b>Antídotos</b>		
<i>acetylcysteine soln</i>	1	PA BvD
<i>leucovorin calcium tabs</i>	1	
<b>Inhibidores de la 5-alfa-reductasa</b>		
<i>dutasteride/tamsulosin hydrochloride</i>	1	
<i>dutasteride caps</i>	1	
<i>finasteride tabs</i>	1	
<b>Inhibidores de la anhidrasa carbónica</b>		
<i>dichlorphenamide</i>	1	PA; NEDS
<b>Inhibidores de la resorción ósea</b>		
<i>alendronate sodium soln</i>	1	
<i>alendronate sodium tabs 10mg, 35mg, 70mg</i>	1	
<i>ibandronate sodium</i>	1	
PROLIA	1	PA
<i>risedronate sodium</i>	1	
<i>risedronate sodium dr</i>	1	
XGEVA	1	PA; NEDS
<i>zoledronic acid inj 4mg/100ml, 4mg/5ml, 5mg/100ml</i>	1	
<b>Inhibidores del sistema caliceíno-cinínico</b>		
BERINERT	1	PA; NEDS
CINRYZE	1	PA; NEDS
HAEGARDA	1	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
<i>icatibant acetate</i>	1	QL(18 ML por 30 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
SAJAZIR	1	QL(18 ML por 30 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
TAVNEOS	1	PA; NEDS
<b>Oligonucleótidos antisentido</b>		
TEGSEDI	1	QL(6 ML por 30 días); PA; NEDS
<b>Otros agentes terapéuticos varios</b>		
ARCALYST	1	PA; NEDS
<i>betaine anhydrous</i>	1	NEDS
CERDELGA	1	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
CYSTAGON	1	
<i>dalfampridine er</i>	1	SP-Optum Specialty
ELMIRON	1	
ENDARI	1	NEDS
EVRYSDI	1	PA; NEDS

ID de formulario: 24521, Versión: 16, Fecha efectiva: 11/01/2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
FIRDAPSE	1	PA; NEDS
GALAFOLD	1	PA; NEDS
<i>l-glutamine</i>	1	NEDS
<i>levocarnitine tabs</i>	1	
<i>metyrosine</i>	1	NEDS
<i>miglustat</i>	1	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
<i>nitisinone caps 20mg</i>	1	PA; NEDS
<i>nitisinone caps 10mg, 2mg, 5mg</i>	1	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
ORFADIN	1	PA; NEDS
REZUROCK	1	PA; NEDS
<i>sapropterin dihydrochloride</i>	1	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
THIOLA EC	1	NEDS
<i>tiopronin dr</i>	1	NEDS
TYBOST	1	
VIJOICE TBPK 125MG, 50MG	1	QL(28 EA por 28 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
VIJOICE TBPK 0	1	QL(56 EA por 28 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
VOXZOGO	1	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
VYNDAMAX	1	QL(30 EA por 30 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
VYNDAQEL	1	QL(120 EA por 30 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
<i>yargesa</i>	1	PA; NEDS
<b>Anestésicos locales</b>		
<i>Anestésicos locales</i>		
<i>lidocaine hcl inj 0.5%, 1.5%, 2%, 4%</i>	1	
<i>lidocaine hydrochloride inj 1%, 2%</i>	1	
<b>Antagonistas de metales pesados</b>		
<i>Antagonistas de metales pesados</i>		
CHEMET	1	
<i>deferasirox pack</i>	1	NEDS; SP-Optum Specialty
<i>deferasirox tabs 180mg, 360mg</i>	1	NEDS; SP-Optum Specialty
<i>deferasirox tabs 90mg</i>	1	SP-Optum Specialty

ID de formulario: 24521, Versión: 16, Fecha efectiva: 11/01/2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>deferasirox tbso 250mg, 500mg</i>	1	NEDS; SP-Optum Specialty
<i>deferasirox tbso 125mg</i>	1	SP-Optum Specialty
<i>deferiprone</i>	1	NEDS
<i>penicillamine tabs</i>	1	
<i>penicillamine caps</i>	1	NEDS
<i>trientine hydrochloride</i>	1	NEDS
<b>Antihistamínicos</b>		
<b><i>Antihistamínicos de primera generación</i></b>		
<i>cyproheptadine hcl syrup</i>	1	
<i>cyproheptadine hydrochloride tabs</i>	1	
<i>diphenhydramine hydrochloride inj</i>	1	
<i>promethazine hcl inj</i>	1	
<i>promethazine hcl tabs 12.5mg</i>	1	
<i>promethazine hydrochloride plain</i>	1	
<i>promethazine hydrochloride tabs 25mg, 50mg</i>	1	
<b><i>Antihistamínicos de segunda generación</i></b>		
<i>desloratadine</i>	1	
<i>desloratadine odt</i>	1	
<i>levocetirizine dihydrochloride tabs</i>	1	
<b>Antitoxinas, inmunoglobulinas, toxoides y vacunas</b>		
<b><i>Antitoxinas y inmunoglobulinas</i></b>		
BIVIGAM INJ 10%, 5GM/50ML	1	PA BvD; NEDS; HI
CUVITRU	1	PA BvD; NEDS
FLEBOGAMMA DIF	1	PA BvD; NEDS; HI
GAMMAGARD LIQUID	1	PA BvD; NEDS; HI
GAMMAKED INJ 10GM/100ML, 1GM/10ML, 20GM/200ML, 5GM/50ML	1	PA BvD; NEDS; HI
GAMMAPLEX INJ 10GM/100ML, 10GM/200ML, 20GM/200ML, 20GM/400ML, 5GM/100ML, 5GM/50ML	1	PA BvD; NEDS; HI
GAMUNEX-C	1	PA BvD; NEDS; HI
HIZENTRA	1	PA BvD; NEDS
OCTAGAM	1	PA BvD; NEDS; HI
PANZYGA	1	PA BvD; NEDS; HI
PRIVIGEN	1	PA BvD; NEDS; HI
VARIZIG INJ 125UNIT/1.2ML	1	
<b><i>Toxoides</i></b>		
ADACEL	1	
BOOSTRIX	1	
DAPTACEL INJ 15LF/0.5ML; 23MCG/0.5ML; 5LF/0.5ML	1	
<i>diphtheria/tetanus toxoids adsorbed pediatric</i>	1	
INFANRIX	1	
KINRIX INJ 25LFU/0.5ML; 58MCG/0.5ML; 0; 10LFU/0.5ML	1	
QUADRACEL	1	

ID de formulario: 24521, Versión: 16, Fecha efectiva: 11/01/2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>tdvax</i>	1	
TENIVAC	1	
<b>Vacunas</b>		
ABRYSVO	1	
ACTHIB	1	
AREXVY	1	
BCG VACCINE INJ 50MG	1	
BEXSERO	1	
DENGVAXIA	1	
ENGERIX-B	1	PA BvD
GARDASIL 9	1	
HAVRIX INJ 1440ELU/ML, 720ELU/0.5ML	1	
HEPLISAV-B	1	PA BvD
HIBERIX	1	
IMOVAX RABIES (H.D.C.V.)	1	
IPOL INACTIVATED IPV	1	
IXCHIQ	1	
IXIARO	1	
JYNNEOS	1	
M-M-R II	1	
MENACTRA	1	
MENQUADFI	1	
MENVEO	1	
MRESVIA	1	
PEDIARIX INJ 25LFU/0.5ML; 10MCG/0.5ML; 58MCG/0.5ML; 0; 10LFU/0.5ML	1	
PEDVAX HIB INJ 7.5MCG/0.5ML	1	
PENBRAYA	1	
PENTACEL	1	
PREHEVBRIO	1	PA BvD
PRIORIX	1	
PROQUAD	1	
RABAVERT	1	
RECOMBIVAX HB	1	PA BvD
ROTARIX	1	
ROTATEQ SOLN	1	
SHINGRIX	1	
STAMARIL	1	
TICOVAC	1	
TRUMENBA	1	
TWINRIX	1	
TYPHIM VI	1	
VAQTA	1	
VARIVAX	1	
VAXCHORA	1	

ID de formulario: 24521, Versión: 16, Fecha efectiva: 11/01/2024

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



Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
YF-VAX	1	
<b>Blood Formation, Coagulation &amp; Thrombosis</b>		
<b><i>Antihemorrhagic Agents</i></b>		
<i>aminocaproic acid</i>	1	
<i>tranexamic acid</i>	1	
<b><i>Antithrombotic Agents</i></b>		
<i>anagrelide hydrochloride</i>	1	
<i>aspirin/dipyridamole er</i>	1	
BRILINTA	1	
CABLIVI	1	NEDS
<i>cilostazol</i>	1	
<i>clopidogrel</i>	1	
<i>dabigatran etexilate</i>	1	
ELIQUIS	1	
ELIQUIS STARTER PACK	1	
<i>enoxaparin sodium</i>	1	
<i>fondaparinux sodium inj 2.5mg/0.5ml</i>	1	
<i>fondaparinux sodium inj 10mg/0.8ml, 5mg/0.4ml, 7.5mg/0.6ml</i>	1	NEDS
FRAGMIN INJ 10000UNIT/4ML, 2500UNIT/0.2ML, 5000UNIT/0.2ML	1	
FRAGMIN INJ 10000UNIT/ML, 12500UNIT/0.5ML, 15000UNIT/0.6ML, 18000UNT/0.72ML, 7500UNIT/0.3ML, 95000UNIT/3.8ML	1	NEDS
<i>heparin sodium</i>	1	
<i>heparin sodium/d5w</i>	1	
<i>jantoven</i>	1	
<i>prasugrel hydrochloride</i>	1	
<i>warfarin sodium</i>	1	
XARELTO	1	
XARELTO STARTER PACK	1	
<b><i>Blood Formation, Coagulation, and Thrombosis Agents Misc.</i></b>		
OXBRYTA	1	NEDS
PYRUKYND	1	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
PYRUKYND TAPER PACK	1	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
TAVALISSE	1	QL(60 EA por 30 días); NEDS
<b><i>Hematopoietic Agents</i></b>		
DOPTELET	1	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
MOZOBIL	1	NEDS
NEULASTA	1	NEDS; SP-Optum Specialty
NEULASTA ONPRO KIT	1	NEDS

ID de formulario: 24521, Versión: 16, Fecha efectiva: 11/01/2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>plerixafor</i>	1	NEDS
PROCRIT INJ 10000UNIT/ML, 20000UNIT/ML, 40000UNIT/ML	1	NEDS; SP-Optum Specialty
PROCRIT INJ 2000UNIT/ML, 3000UNIT/ML, 4000UNIT/ML	1	SP-Optum Specialty
PROMACTA	1	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
RETACRIT INJ 40000UNIT/ML	1	NEDS; SP-Optum Specialty
RETACRIT INJ 10000UNIT/ML, 20000UNIT/2ML, 20000UNIT/ML, 2000UNIT/ML, 3000UNIT/ML, 4000UNIT/ML	1	SP-Optum Specialty
UDENYCA ONBODY	1	NEDS
UDENYCA INJ 6MG/0.6ML	1	NEDS
UDENYCA INJ 6MG/0.6ML	1	NEDS; SP-Optum Specialty
ZARXIO	1	NEDS; SP-Optum Specialty
ZIEXTENZO	1	NEDS; SP-Optum Specialty
<b>Hemorrhologic Agents</b>		
<i>pentoxifylline er</i>	1	
<b>Cardiovascular Drugs</b>		
<b>Hypotensive Agents</b>		
<i>clonidine</i>	1	
<i>clonidine hydrochloride</i>	1	
<i>clonidine hydrochloride er</i>	1	
<i>hydralazine hcl</i>	1	
<i>hydralazine hydrochloride</i>	1	
<i>minoxidil</i>	1	
<b>Central Nervous System Agents</b>		
<b>Opiate Antagonists</b>		
<i>naloxone hcl</i>	1	
<i>naloxone hydrochloride inj</i>	1	
<i>naloxone hydrochloride liqd</i>	1	QL(4 EA por 30 días)
<i>naltrexone hcl</i>	1	
OPVEE	1	QL(4 EA por 30 días)
VIVITROL	1	NEDS
<b>Componentes dorados</b>		
<b>Componentes dorados</b>		
RIDAURA	1	NEDS
<b>Enzimas</b>		
<b>Enzimas</b>		
REVCovi	1	NEDS
SUCRAID	1	NEDS

ID de formulario: 24521, Versión: 16, Fecha efectiva: 11/01/2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<b>Equilibrio de agua, electrolítico y calórico</b>		
<i>Agentes alcalinizantes</i>		
<i>potassium citrate er</i>	1	
<i>Agentes calóricos</i>		
AMINOSYN II INJ 107.6MEQ/L; 1490MG/100ML; 1527MG/100ML; 1050MG/100ML; 1107MG/100ML; 750MG/100ML; 450MG/100ML; 990MG/100ML; 1500MG/100ML; 1575MG/100ML; 258MG/100ML; 405MG/100ML; 447MG/100ML; 1083MG/100ML; 795MG/100ML; 50MEQ/L; 600MG/100ML; 300MG/100ML; 750MG/100ML	1	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	1	PA BvD
CLINIMIX 4.25%/DEXTROSE 10%	1	PA BvD
CLINIMIX 4.25%/DEXTROSE 5%	1	PA BvD
CLINIMIX 5%/DEXTROSE 15%	1	PA BvD
CLINIMIX 5%/DEXTROSE 20%	1	PA BvD
CLINIMIX 6/5	1	PA BvD
CLINIMIX 8/10	1	PA BvD
CLINIMIX E 2.75%/DEXTROSE 5%	1	PA BvD
CLINIMIX E 4.25%/DEXTROSE 10%	1	PA BvD
CLINIMIX E 4.25%/DEXTROSE 5%	1	PA BvD
CLINIMIX E 5%/DEXTROSE 15%	1	PA BvD
CLINIMIX E 5%/DEXTROSE 20%	1	PA BvD
CLINIMIX E 8/10	1	PA BvD
CLINISOL SF 15%	1	PA BvD
<i>dextrose 10%</i>	1	
<i>dextrose 5%</i>	1	
<i>dextrose 50%</i>	1	
<i>dextrose 70%</i>	1	
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	1	PA BvD

ID de formulario: 24521, Versión: 16, Fecha efectiva: 11/01/2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
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	1	PA BvD
INTRALIPID INJ 20GM/100ML, 30GM/100ML	1	PA BvD
NUTRILIPID	1	PA BvD
PLENAMINE	1	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	1	PA BvD
PROSOL	1	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	1	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	1	PA BvD
<b>Agentes desionizantes</b>		
AURYXIA	1	PA; NEDS
LOKELMA	1	
<i>sevelamer carbonate</i>	1	
<i>sevelamer hydrochloride</i>	1	
<i>sodium polystyrene sulfonate powd</i>	1	
<i>sps</i>	1	
VELPHORO	1	NEDS
VELTASSA	1	
<b>Agentes uricosúricos</b>		
<i>probenecid/colchicine</i>	1	
<i>probenecid tabs</i>	1	
<b>Desintoxicantes de amoníaco</b>		
<i>carglumic acid</i>	1	PA; NEDS
<i>constulose</i>	1	
<i>enulose</i>	1	

ID de formulario: 24521, Versión: 16, Fecha efectiva: 11/01/2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>generlac</i>	1	
KRISTALOSE	1	
<i>lactulose pack</i>	1	
<i>lactulose soln 10gm/15ml</i>	1	
<i>sodium phenylbutyrate powd, tabs</i>	1	NEDS
<b>Diuréticos</b>		
<i>amiloride hcl</i>	1	
<i>amiloride/hydrochlorothiazide</i>	1	
<i>bumetanide</i>	1	
<i>chlorthalidone tabs 25mg, 50mg</i>	1	
<i>ethacrynic acid tabs</i>	1	
<i>furosemide inj, oral soln, tabs</i>	1	
<i>hydrochlorothiazide caps, tabs</i>	1	
<i>indapamide</i>	1	
<i>metolazone</i>	1	
<i>toremide tabs</i>	1	
<i>triamterene/hydrochlorothiazide caps 25mg; 37.5mg</i>	1	
<i>triamterene/hydrochlorothiazide tabs</i>	1	
<b>Preparaciones de reemplazo</b>		
<i>calcium acetate caps</i>	1	
<i>calcium acetate tabs 667mg</i>	1	
<i>dextrose 10%/sodium chloride 0.2%</i>	1	
<i>dextrose 10%/sodium chloride 0.45%</i>	1	
<i>dextrose 2.5%/sodium chloride 0.45%</i>	1	
<i>dextrose 5%/sodium chloride 0.2%</i>	1	
<i>dextrose 5%/sodium chloride 0.3%</i>	1	
<i>dextrose 5%/sodium chloride 0.33%</i>	1	
<i>dextrose 5%/sodium chloride 0.45%</i>	1	
<i>dextrose 5%/sodium chloride 0.9%</i>	1	
<i>dextrose/sodium chloride</i>	1	
<i>effe-k tbe 25meq</i>	1	
<i>k-prime</i>	1	
<i>kcl 0.075%/d5w/nacl 0.45% inj 5%; 10meq/l; 0.45%</i>	1	
<i>kcl 0.15%/d5w/nacl 0.2%</i>	1	
<i>kcl 0.15%/d5w/nacl 0.45% inj 5%; 20meq/l; 0.45%</i>	1	
<i>kcl 0.15%/d5w/nacl 0.9% inj 5%; 20meq/l; 0.9%</i>	1	
<i>kcl 0.3%/d5w/nacl 0.45% inj 5%; 40meq/l; 0.45%</i>	1	
<i>kcl 0.3%/d5w/nacl 0.9% inj 5%; 40meq/l; 0.9%</i>	1	
<i>klor-con</i>	1	
<i>klor-con 10</i>	1	
<i>klor-con 8</i>	1	
<i>klor-con m10</i>	1	
KLOR-CON M15	1	
<i>klor-con m20</i>	1	
<i>klor-con/ef</i>	1	

ID de formulario: 24521, Versión: 16, Fecha efectiva: 11/01/2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>lactated ringers inj 2.7meq/l; 109meq/l; 28meq/l; 4meq/l; 130meq/l</i>	1	
<i>potassium chloride er</i>	1	
<i>potassium chloride/dextrose/sodium chloride inj 5%; 10meq/l; 0.45%, 5%; 20meq/l; 0.225%, 5%; 20meq/l; 0.45%, 5%; 20meq/l; 0.9%, 5%; 30meq/l; 0.45%, 5%; 40meq/l; 0.45%, 5%; 40meq/l; 0.9%</i>	1	
<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>	1	
<i>sodium chloride 0.45%</i>	1	
<i>sodium chloride inj 0.9%, 2.5meq/ml, 3%, 4meq/ml, 5%</i>	1	
<b>Soluciones para irrigación</b>		
<i>acetic acid 0.25%</i>	1	
<i>sodium chloride 0.9%</i>	1	
<i>sterile water for irrigation</i>	1	
<b>Hormonas y sustitutos sintéticos</b>		
<b>Adrenales</b>		
BREO ELLIPTA	1	QL(180 EA por 90 días)
BREYNA	1	QL(30.9 GM por 90 días)
BREZTRI AEROSPHERE	1	QL(32.1 GM por 90 días)
<i>budesonide er</i>	1	NEDS
<i>budesonide/formoterol fumarate dihydrate</i>	1	QL(30.6 GM por 90 días)
<i>budesonide cpep 3mg</i>	1	
<i>budesonide susp 0.25mg/2ml, 0.5mg/2ml, 1mg/2ml</i>	1	PA BvD
DEPO-MEDROL	1	
<i>dexamethasone 10-day dose pack</i>	1	
<i>dexamethasone 13-day dose pack</i>	1	
<i>dexamethasone 6-day dose pack</i>	1	
<i>dexamethasone intensol</i>	1	
<i>dexamethasone sodium phosphate +rfid</i>	1	
<i>dexamethasone sodium phosphate inj 100mg/10ml, 10mg/ml, 120mg/30ml, 20mg/5ml, 4mg/ml</i>	1	
<i>dexamethasone elix, soln</i>	1	
<i>dexamethasone tabs 0.5mg, 0.75mg, 1.5mg, 1mg, 2mg, 4mg, 6mg</i>	1	
FLOVENT DISKUS AEPB 100MCG/BLIST, 50MCG/BLIST	1	QL(180 EA por 90 días); ST
FLOVENT DISKUS AEPB 250MCG/BLIST	1	QL(720 EA por 90 días); ST
<i>fludrocortisone acetate tabs</i>	1	
<i>fluticasone propionate diskus aepb 100mcg/act, 50mcg/act</i>	1	QL(180 EA por 90 días); ST
<i>fluticasone propionate diskus aepb 250mcg/act</i>	1	QL(720 EA por 90 días); ST

ID de formulario: 24521, Versión: 16, Fecha efectiva: 11/01/2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>fluticasone propionate hfa aero 44mcg/act</i>	1	QL(63.6 GM por 90 días); ST
<i>fluticasone propionate hfa aero 110mcg/act, 220mcg/act</i>	1	QL(72 GM por 90 días); ST
<i>hydrocortisone sodium succinate inj 100mg</i>	1	
<i>hydrocortisone tabs 10mg, 20mg, 5mg</i>	1	
INTRAROSA	1	
KENALOG-10	1	
MEDROL TABS 2MG	1	
<i>methylprednisolone acetate inj 40mg/ml, 50mg/ml, 80mg/ml</i>	1	
<i>methylprednisolone dose pack tbpk</i>	1	
<i>methylprednisolone tabs</i>	1	
MILLIPRED TABS	1	
<i>prednisolone sodium phosphate odt</i>	1	
<i>prednisolone sodium phosphate oral soln 10mg/5ml, 15mg/5ml, 20mg/5ml, 25mg/5ml, 5mg/5ml</i>	1	
<i>prednisolone soln, tabs</i>	1	
<i>prednisone soln, tbpk</i>	1	
<i>prednisone tabs 10mg, 1mg, 2.5mg, 20mg, 50mg, 5mg</i>	1	
QVAR REDHALER	1	QL(63.6 GM por 90 días)
SOLU-CORTEF INJ 100MG	1	
TRELEGY ELLIPTA	1	QL(180 EA por 90 días)
<i>triamcinolone acetonide inj 40mg/ml</i>	1	
<b>Agentes antidiabéticos</b>		
<i>acarbose tabs</i>	1	
BYDUREON BCISE	1	PA
BYETTA	1	PA
CYCLOSET	1	
FARXIGA	1	
<i>glimepiride tabs 1mg, 2mg, 4mg</i>	1	
<i>glipizide er</i>	1	
<i>glipizide/metformin hydrochloride</i>	1	
<i>glipizide tabs 10mg, 5mg</i>	1	
<i>glyburide micronized</i>	1	
<i>glyburide/metformin hydrochloride</i>	1	
<i>glyburide tabs 1.25mg, 2.5mg, 5mg</i>	1	
GLYXAMBI	1	
HUMALOG	1	
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN	1	
HUMALOG KWIKPEN	1	
HUMALOG MIX 50/50	1	
HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN	1	
HUMALOG MIX 75/25	1	
HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN	1	
HUMULIN 70/30	1	

ID de formulario: 24521, Versión: 16, Fecha efectiva: 11/01/2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
HUMULIN 70/30 KWIKPEN	1	
HUMULIN N	1	
HUMULIN N KWIKPEN	1	
HUMULIN R	1	
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED)	1	
HUMULIN R U-500 KWIKPEN	1	
JANUMET	1	
JANUMET XR	1	
JANUVIA	1	
JARDIANCE	1	
JENTADUETO	1	
JENTADUETO XR	1	
KORLYM	1	QL(120 EA por 30 días); PA; NEDS
LANTUS	1	
LANTUS SOLOSTAR	1	
LEVEMIR	1	
LEVEMIR FLEXPEN	1	
LEVEMIR FLEXTOUCH	1	
<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>	1	QL(120 EA por 30 días); PA; NEDS
<i>miglitol</i>	1	
MOUNJARO	1	PA
<i>nateglinide</i>	1	
OZEMPIC	1	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	1	PA
SYMLINPEN 120	1	
SYMLINPEN 60	1	
SYNJARDY	1	
SYNJARDY XR	1	
TOUJEO MAX SOLOSTAR	1	
TOUJEO SOLOSTAR	1	
TRADJENTA	1	
TRESIBA	1	
TRESIBA FLEXTOUCH	1	
TRULICITY	1	PA
VICTOZA	1	PA

ID de formulario: 24521, Versión: 16, Fecha efectiva: 11/01/2024

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



Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
XIGDUO XR	1	
<b>Agentes antihipoglucémicos</b>		
BAQSIMI ONE PACK	1	
BAQSIMI TWO PACK	1	
<i>diazoxide susp</i>	1	
GLUCAGEN HYPOKIT	1	
GLUCAGON EMERGENCY KIT	1	
GLUCAGON EMERGENCY KIT FOR LOW BLOOD SUGAR	1	
GVOKE HYPOPEN 1-PACK	1	
GVOKE HYPOPEN 2-PACK	1	
GVOKE KIT	1	
GVOKE PFS	1	
<b>Agentes paratiroides y antiparatiroides</b>		
<i>calcitonin salmon inj</i>	1	
<i>calcitonin-salmon</i>	1	
<i>cinacalcet hydrochloride tabs 30mg, 60mg</i>	1	
<i>cinacalcet hydrochloride tabs 90mg</i>	1	NEDS
FORTEO	1	PA; NEDS
NATPARA	1	QL(2 EA por 28 días); PA; NEDS
<i>teriparatide</i>	1	PA; NEDS
TYMLOS	1	PA; NEDS
<b>Agentes tiroideos y antitiroideos</b>		
ADTHYZA TABS 120MG, 15MG, 30MG, 60MG, 90MG	1	
ARMOUR THYROID	1	
<i>euthyrox tabs 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg, 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg</i>	1	
<i>levo-t</i>	1	
<i>levothyroxine sodium caps, tabs</i>	1	
<i>levoxyl tabs 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg, 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg</i>	1	
<i>liothyronine sodium tabs</i>	1	
<i>methimazole tabs 10mg, 5mg</i>	1	
NIVA THYROID	1	
<i>np thyroid 120</i>	1	
<i>np thyroid 15</i>	1	
<i>np thyroid 30</i>	1	
<i>np thyroid 60</i>	1	
<i>np thyroid 90</i>	1	
<i>propylthiouracil tabs</i>	1	
SYNTHROID TABS	1	
THYQUIDITY	1	
THYROID TABS 120MG, 15MG, 30MG, 60MG, 90MG	1	
TIROSINT-SOL	1	

ID de formulario: 24521, Versión: 16, Fecha efectiva: 11/01/2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>unithroid</i>	1	
<b>Agonistas y antagonistas de la somatoliberina</b>		
EGRIFTA SV	1	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
GENOTROPIN	1	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
GENOTROPIN MINIQUICK INJ 0.4MG, 0.6MG, 0.8MG, 1.2MG, 1.4MG, 1.6MG, 1.8MG, 1MG, 2MG	1	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
GENOTROPIN MINIQUICK INJ 0.2MG	1	PA; SP-Optum Specialty
INCRELEX	1	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
NORDITROPIN FLEXPRO	1	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
NUTROPIN AQ NUSPIN 10	1	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
NUTROPIN AQ NUSPIN 20	1	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
NUTROPIN AQ NUSPIN 5	1	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
OMNITROPE	1	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
SEROSTIM INJ 4MG, 5MG, 6MG	1	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
SOMAVERT	1	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
ZORBTIVE	1	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
<b>Agonistas y antagonistas de la somatostatina</b>		
<i>lanreotide acetate</i>	1	NEDS
<i>octreotide acetate inj 100mcg/ml, 50mcg/ml</i>	1	
<i>octreotide acetate inj 1000mcg/ml, 100mcg/ml, 200mcg/ml, 500mcg/ml, 50mcg/ml</i>	1	SP-Optum Specialty
SIGNIFOR	1	QL(60 ML por 30 días); PA; NEDS
SOMATULINE DEPOT	1	NEDS
<b>Andrógenos</b>		
AVEED	1	
<i>danazol caps</i>	1	
<i>testosterone cypionate inj 100mg/ml, 200mg/ml</i>	1	
<i>testosterone enanthate inj</i>	1	
<i>testosterone pump</i>	1	
<i>testosterone gel 10mg/act, 20.25mg/1.25gm, 25mg/2.5gm, 40.5mg/2.5gm, 50mg/5gm</i>	1	
<i>testosterone soln</i>	1	
XYOSTED	1	

ID de formulario: 24521, Versión: 16, Fecha efectiva: 11/01/2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<b>Anticonceptivos</b>		
<i>amethia</i>	1	
<i>apri</i>	1	
<i>ashlyna</i>	1	
<i>aviane</i>	1	
<i>azurette</i>	1	
<i>balziva</i>	1	
<i>briellyn</i>	1	
<i>camila</i>	1	
<i>deblitane</i>	1	
<i>desogestrel/ethinyl estradiol tabs 0; 0</i>	1	
<i>drospirenone/ethinyl estradiol tabs 3mg; 0.03mg</i>	1	
<i>eluryng</i>	1	
<i>enilloring</i>	1	
<i>errin</i>	1	
<i>etonogestrel/ethinyl estradiol</i>	1	
<i>falmina</i>	1	
<i>finzala</i>	1	
<i>haloette</i>	1	
<i>heather</i>	1	
<i>iclevia</i>	1	
<i>introvale</i>	1	
<i>joyeaux</i>	1	
<i>junel 1.5/30</i>	1	
<i>junel 1/20</i>	1	
<i>junel fe 1.5/30</i>	1	
<i>junel fe 1/20</i>	1	
<i>junel fe 24</i>	1	
<i>kariva</i>	1	
<i>kelnor 1/35</i>	1	
<i>larin 1.5/30</i>	1	
<i>larin 1/20</i>	1	
<i>larin fe 1.5/30</i>	1	
<i>larin fe 1/20</i>	1	
<i>lessina</i>	1	
<i>levonest</i>	1	
<i>levonorgestrel and ethinyl estradiol tabs 20mcg; 90mcg</i>	1	
<i>levonorgestrel/ethinyl estradiol</i>	1	
<i>levora 0.15/30-28</i>	1	
<b>LO LOESTRIN FE</b>	1	
<i>marlissa</i>	1	
<i>mibelas 24 fe</i>	1	
<i>microgestin 1.5/30</i>	1	
<i>microgestin 1/20</i>	1	
<i>microgestin fe 1.5/30</i>	1	

ID de formulario: 24521, Versión: 16, Fecha efectiva: 11/01/2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>microgestin fe 1/20</i>	1	
<i>necon 0.5/35-28</i>	1	
<i>nikki</i>	1	
<i>norelgestromin/ethinyl estradiol</i>	1	
<i>norethindrone &amp; ethinyl estradiol ferrous fumarate</i>	1	
<i>norethindrone acetate/ethinyl estradiol/ferrous fumarate tabs 0; 75mg; 1mg</i>	1	
<i>nortrel 0.5/35 (28)</i>	1	
<i>nortrel 1/35</i>	1	
<i>nortrel 7/7/7</i>	1	
<i>portia-28</i>	1	
<i>sharobel</i>	1	
<i>tarina fe 1/20 eq</i>	1	
<i>taysofy</i>	1	
<i>tri-sprintec</i>	1	
<i>trivora-28</i>	1	
<i>turqoz</i>	1	
<i>tyblume</i>	1	
<i>velivet</i>	1	
<i>vyfemla</i>	1	
<i>xulane</i>	1	
<i>zafemy</i>	1	
<i>zovia 1/35</i>	1	
<b><i>Gonadotropinas y antigonadotropinas</i></b>		
ELIGARD	1	
FIRMAGON INJ 80MG	1	
FIRMAGON INJ 120MG/VIAL	1	NEDS
<i>leuprolide acetate inj 1mg/0.2ml</i>	1	SP-Optum Specialty
LUPRON DEPOT (1-MONTH)	1	NEDS
LUPRON DEPOT (3-MONTH)	1	NEDS
LUPRON DEPOT (4-MONTH)	1	NEDS
LUPRON DEPOT (6-MONTH)	1	NEDS
MYFEMBREE	1	QL(28 EA por 28 días); PA; NEDS
ORGOVYX	1	PA NSO; NEDS
ORILISSA TABS 150MG	1	QL(30 EA por 30 días); PA; NEDS
ORILISSA TABS 200MG	1	QL(60 EA por 30 días); PA; NEDS
SYNAREL	1	NEDS
TRELSTAR MIXJECT INJ 22.5MG, 3.75MG	1	
TRELSTAR MIXJECT INJ 11.25MG	1	NEDS
<b><i>Pituitaria</i></b>		
CORTROPHIN	1	PA; NEDS; SP-Optum Specialty

ID de formulario: 24521, Versión: 16, Fecha efectiva: 11/01/2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>desmopressin acetate tabs</i>	1	
<i>desmopressin acetate soln 0.01%</i>	1	
<b>Progestinas</b>		
DEPO-SUBQ PROVERA 104	1	
<i>gallifrey</i>	1	
<i>medroxyprogesterone acetate inj, tabs</i>	1	
<i>megestrol acetate susp, tabs</i>	1	
<i>norethindrone acetate tabs</i>	1	
<i>progesterone caps</i>	1	
<b>Hormones and Synthetic Substitutes</b>		
<b>Estrogens and Antiestrogens</b>		
<i>amabelz</i>	1	
<i>anastrozole</i>	1	
COMBIPATCH	1	
DEPO-ESTRADIOL	1	
<i>dotti</i>	1	
ELESTRIN	1	
<i>estradiol</i>	1	
<i>estradiol valerate</i>	1	
<i>estradiol/norethindrone acetate</i>	1	
ESTRING	1	
EVAMIST	1	
<i>exemestane</i>	1	
FEMRING	1	
<i>fyavolv</i>	1	
IMVEXXY MAINTENANCE PACK	1	
IMVEXXY STARTER PACK	1	
<i>jinteli</i>	1	
KISQALI FEMARA 200 DOSE	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
KISQALI FEMARA 400 DOSE	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
KISQALI FEMARA 600 DOSE	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
<i>letrozole</i>	1	
MENEST	1	
MENOSTAR	1	
<i>mimvey</i>	1	
<i>norethindrone acetate/ethinyl estradiol</i>	1	
OSPHENA	1	
PREMARIN	1	
PREMPHASE	1	
PREMPRO	1	
<i>raloxifene hydrochloride</i>	1	
SOLTAMOX	1	

ID de formulario: 24521, Versión: 16, Fecha efectiva: 11/01/2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>tamoxifen citrate</i>	1	
<i>toremifene citrate</i>	1	
<i>yuvafem</i>	1	
<b>Inmunomoduladores</b>		
<b><i>Medicamentos antirreumáticos modificadores de la enfermedad</i></b>		
OTEZLA TABS 20MG	1	QL(60 EA por 30 días); PA; NEDS
OTEZLA TBPK 0	1	QL(110 EA por 365 días); PA; NEDS
RINVOQ LQ	1	QL(360 ML por 30 días); PA; NEDS
<b>Medicamentos autónomos</b>		
<b><i>Agentes anticolinérgicos</i></b>		
ANORO ELLIPTA	1	QL(180 EA por 90 días)
ATROVENT HFA	1	QL(77.4 GM por 90 días)
BEVESPI AEROSPHERE	1	QL(10.7 GM por 30 días)
<i>dicyclomine hcl soln</i>	1	
<i>dicyclomine hydrochloride caps, tabs</i>	1	
<i>glycopyrrolate soln</i>	1	
<i>glycopyrrolate tabs 1mg, 2mg</i>	1	
INCRUSE ELLIPTA	1	QL(30 EA por 30 días)
<i>ipratropium bromide inhalation soln</i>	1	PA BvD
<i>ipratropium bromide nasal soln 0.03%</i>	1	QL(180 ML por 90 días)
<i>ipratropium bromide nasal soln 0.06%</i>	1	QL(90 ML por 90 días)
LONHALA MAGNAIR REFILL KIT	1	NEDS
LONHALA MAGNAIR STARTER KIT	1	NEDS
SPIRIVA RESPIMAT	1	QL(12 GM por 90 días)
STIOLTO RESPIMAT	1	QL(12 GM por 90 días)
YUPELRI	1	PA BvD; NEDS
<b><i>Agentes parasimpaticomiméticos (colinérgicos)</i></b>		
<i>bethanechol chloride tabs</i>	1	
<i>cevimeline hydrochloride</i>	1	
<i>donepezil hcl tbdp</i>	1	
<i>donepezil hcl tabs 10mg, 23mg</i>	1	
<i>donepezil hydrochloride tabs 5mg</i>	1	
<i>galantamine hydrobromide er</i>	1	
<i>galantamine hydrobromide soln, tabs</i>	1	
<i>pilocarpine hydrochloride</i>	1	
<i>pyridostigmine bromide er</i>	1	
<i>pyridostigmine bromide soln, tabs</i>	1	
<i>rivastigmine tartrate</i>	1	
<i>rivastigmine transdermal system</i>	1	
<b><i>Agentes simpaticolíticos (bloqueo adrenérgico)</i></b>		
<i>alfuzosin hcl er</i>	1	

ID de formulario: 24521, Versión: 16, Fecha efectiva: 11/01/2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>dihydroergotamine mesylate soln</i>	1	QL(8 ML por 30 días); NEDS
<i>ergoloid mesylates tabs</i>	1	
<i>phenoxybenzamine hydrochloride</i>	1	
<i>silodosin</i>	1	
<i>tamsulosin hydrochloride</i>	1	
<b>Agentes simpaticomiméticos (adrenérgicos)</b>		
<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 syrp, tabs</i>	1	
<i>albuterol sulfate nebu</i>	1	PA BvD
<i>arformoterol tartrate</i>	1	PA BvD
COMBIVENT RESPIMAT	1	QL(24 GM por 90 días)
<i>droxidopa</i>	1	PA; NEDS
<i>epinephrine inj 0.15mg/0.15ml, 0.15mg/0.3ml, 0.3mg/0.3ml</i>	1	QL(2 EA por 1 días)
<i>fluticasone propionate/salmeterol diskus</i>	1	QL(180 EA por 90 días)
<i>fluticasone propionate/salmeterol aepb 500mcg/act; 50mcg/act</i>	1	QL(180 EA por 90 días)
<i>fluticasone propionate/salmeterol aepb 113mcg/act; 14mcg/act, 232mcg/act; 14mcg/act, 55mcg/act; 14mcg/act</i>	1	QL(3 EA por 90 días)
<i>formoterol fumarate nebu</i>	1	PA BvD
<i>ipratropium bromide/albuterol sulfate</i>	1	PA BvD
<i>levalbuterol hcl nebu</i>	1	PA BvD
<i>levalbuterol hydrochloride nebu 0.63mg/3ml</i>	1	PA BvD
<i>levalbuterol tartrate hfa</i>	1	QL(90 GM por 90 días)
<i>levalbuterol nebu</i>	1	PA BvD
<i>midodrine hcl</i>	1	
PROAIR RESPICLICK	1	QL(6 EA por 90 días)
SEREVENT DISKUS	1	QL(180 EA por 90 días)
STRIVERDI RESPIMAT	1	QL(12 GM por 90 días)
<i>terbutaline sulfate tabs</i>	1	
<i>wixela inhub</i>	1	QL(180 EA por 90 días)
<b>Medicamentos autónomos, varios</b>		
NICOTROL INHALER	1	
NICOTROL NS	1	
<i>varenicline starting month box</i>	1	QL(53 EA por 28 días)
<i>varenicline tartrate tabs 0.5mg, 1mg</i>	1	QL(60 EA por 30 días)
<b>Medicamentos para dejar de fumar</b>		
<i>varenicline tartrate tabs 1mg</i>	1	QL(60 EA por 30 días)
<b>Relajantes musculares esqueléticos</b>		
<i>baclofen tabs 10mg, 20mg, 5mg</i>	1	
<i>cyclobenzaprine hydrochloride tabs</i>	1	
<i>dantrolene sodium caps</i>	1	
<i>tizanidine hcl caps 4mg</i>	1	

ID de formulario: 24521, Versión: 16, Fecha efectiva: 11/01/2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>tizanidine hcl tabs 2mg</i>	1	
<i>tizanidine hydrochloride caps 2mg, 6mg</i>	1	
<i>tizanidine hydrochloride tabs 4mg</i>	1	
<b>Medicamentos cardiovasculares</b>		
<b>Agentes antilipémicos</b>		
<i>atorvastatin calcium tabs</i>	1	
<i>cholestyramine light</i>	1	
<i>cholestyramine pack, powd</i>	1	
<i>colesevelam hydrochloride</i>	1	
<i>colestipol hcl</i>	1	
<i>ezetimibe</i>	1	
<i>ezetimibe/simvastatin</i>	1	
<i>fenofibrate micronized caps 134mg, 200mg, 67mg</i>	1	
<i>fenofibrate caps 130mg, 150mg, 43mg, 50mg</i>	1	
<i>fenofibrate tabs</i>	1	
<i>fenofibric acid dr</i>	1	
FLOLIPID	1	
<i>fluvastatin</i>	1	
<i>fluvastatin sodium er</i>	1	
<i>gemfibrozil tabs</i>	1	
<i>icosapent ethyl</i>	1	
JUXTAPID CAPS 10MG, 20MG, 30MG, 5MG	1	PA; NEDS
LIVALO	1	
<i>lovastatin tabs</i>	1	
NEXLETOL	1	PA
NEXLIZET	1	PA
<i>niacin er</i>	1	
<i>omega-3-acid ethyl esters</i>	1	
<i>pitavastatin calcium</i>	1	
PRALUENT	1	PA
<i>pravastatin sodium</i>	1	
<i>prevalite</i>	1	
REPATHA	1	PA
REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM	1	PA
REPATHA SURECLICK	1	PA
<i>rosuvastatin calcium tabs</i>	1	
<i>simvastatin tabs</i>	1	
VASCEPA	1	
<b>Agentes bloqueantes alfa adrenérgicos</b>		
CARDURA XL	1	
<i>doxazosin mesylate</i>	1	
<i>prazosin hydrochloride</i>	1	
<i>terazosin hcl</i>	1	
<i>terazosin hydrochloride caps 2mg</i>	1	
<b>Agentes bloqueantes de los canales del calcio</b>		

ID de formulario: 24521, Versión: 16, Fecha efectiva: 11/01/2024

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



Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>amlodipine besylate/atorvastatin calcium</i>	1	
<i>amlodipine besylate/benazepril hydrochloride</i>	1	
<i>amlodipine besylate/valsartan</i>	1	
<i>amlodipine besylate tabs</i>	1	
<i>amlodipine/olmesartan medoxomil</i>	1	
<i>amlodipine/valsartan/hydrochlorothiazide tabs 10mg; 12.5mg; 160mg, 10mg; 25mg; 160mg, 5mg; 12.5mg; 160mg, 5mg; 25mg; 160mg</i>	1	
<i>cartia xt</i>	1	
<i>dilt-xr</i>	1	
<i>diltiazem hcl cd</i>	1	
<i>diltiazem hcl er cp24 120mg, 180mg, 240mg, 420mg</i>	1	
<i>diltiazem hcl er cp12, tb24</i>	1	
<i>diltiazem hcl tabs 30mg, 60mg, 90mg</i>	1	
<i>diltiazem hydrochloride er</i>	1	
<i>diltiazem hydrochloride tabs</i>	1	
<i>felodipine er</i>	1	
<i>isradipine</i>	1	
<i>matzim la</i>	1	
<i>nicardipine hcl caps</i>	1	
<i>nifedipine er</i>	1	
<i>nifedipine caps</i>	1	
<i>nimodipine caps</i>	1	
<i>nisoldipine er</i>	1	
NYMALIZE SOLN 6MG/ML	1	NEDS
<i>olmesartan medoxomil/amlodipine/hydrochlorothiazide</i>	1	
<i>taztia xt</i>	1	
<i>telmisartan/amlodipine</i>	1	
<i>tiadylt er</i>	1	
<i>trandolapril/verapamil hcl er</i>	1	
<i>verapamil hcl er cp24 100mg, 300mg</i>	1	
<i>verapamil hcl er tbcr 120mg, 240mg</i>	1	
<i>verapamil hcl sr cp24</i>	1	
<i>verapamil hcl tabs 40mg, 80mg</i>	1	
<i>verapamil hydrochloride er</i>	1	
<i>verapamil hydrochloride tabs</i>	1	
<b>Bloqueantes betaadrenérgicos</b>		
<i>acebutolol hydrochloride</i>	1	
<i>atenolol</i>	1	
<i>atenolol/chlorthalidone</i>	1	
<i>betaxolol hcl tabs 10mg, 20mg</i>	1	
<i>bisoprolol fumarate</i>	1	
<i>bisoprolol fumarate/hydrochlorothiazide</i>	1	
<i>carvedilol</i>	1	
<i>carvedilol phosphate er</i>	1	

ID de formulario: 24521, Versión: 16, Fecha efectiva: 11/01/2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>labetalol hydrochloride tabs</i>	1	
<i>metoprolol succinate er</i>	1	
<i>metoprolol tartrate</i>	1	
<i>metoprolol/hydrochlorothiazide</i>	1	
<i>nadolol tabs</i>	1	
<i>nebivolol hydrochloride</i>	1	
<i>pindolol</i>	1	
<i>propranolol hcl er</i>	1	
<i>propranolol hcl soln, tabs</i>	1	
<i>propranolol hydrochloride er</i>	1	
<i>propranolol hydrochloride tabs 10mg, 20mg, 60mg, 80mg</i>	1	
<i>sorine</i>	1	
<i>sotalol hcl</i>	1	
<i>sotalol hydrochloride (af)</i>	1	
<i>timolol maleate tabs 10mg, 20mg, 5mg</i>	1	
<b>Inhibidor del sistema renina-angiotensina-aldosterona</b>		
<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	
<b>ENTRESTO</b>	1	
<i>eplerenone</i>	1	
<i>fosinopril sodium</i>	1	
<i>fosinopril sodium/hydrochlorothiazide</i>	1	
<i>irbesartan</i>	1	
<i>irbesartan/hydrochlorothiazide</i>	1	
<b>KERENDIA</b>	1	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>	1	
<i>spironolactone tabs</i>	1	

ID de formulario: 24521, Versión: 16, Fecha efectiva: 11/01/2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
TEKTURNA HCT	1	
<i>telmisartan</i>	1	
<i>telmisartan/hydrochlorothiazide</i>	1	
<i>trandolapril</i>	1	
<i>valsartan/hydrochlorothiazide</i>	1	
<i>valsartan tabs</i>	1	
<b>Medicamentos cardíacos</b>		
<i>amiodarone hydrochloride tabs</i>	1	
CAMZYOS	1	QL(30 EA por 30 días); PA; NEDS
CORLANOR	1	
<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, 62.5mcg</i>	1	
<i>disopyramide phosphate</i>	1	
<i>dofetilide</i>	1	
<i>flecainide acetate</i>	1	
<i>ivabradine hydrochloride</i>	1	
<i>mexiletine hcl</i>	1	
MULTAQ	1	
NORPACE CR	1	
<i>propafenone hcl</i>	1	
<i>propafenone hydrochloride er</i>	1	
<i>propafenone hydrochloride tabs 300mg</i>	1	
<i>quinidine gluconate cr</i>	1	
<i>quinidine sulfate tabs</i>	1	
<i>ranolazine er</i>	1	
<b>Vasodilatadores</b>		
<i>alyq</i>	1	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
<i>dipyridamole tabs</i>	1	
<i>isosorbide dinitrate</i>	1	
<i>isosorbide dinitrate/hydralazine hydrochloride</i>	1	
<i>isosorbide mononitrate</i>	1	
<i>isosorbide mononitrate er</i>	1	
NITRO-BID	1	
<i>nitroglycerin transdermal</i>	1	
<i>nitroglycerin soln 0.4mg/spray</i>	1	
<i>nitroglycerin subl 0.3mg, 0.4mg, 0.6mg</i>	1	
<i>sildenafil citrate tabs 20mg</i>	1	PA; SP-Optum Specialty
<i>tadalafil tabs 20mg</i>	1	PA; NEDS; SP-Optum Specialty

ID de formulario: 24521, Versión: 16, Fecha efectiva: 11/01/2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>tadalafil tabs 2.5mg, 5mg</i>	1	QL(30 EA por 30 días); PA
VERQUVO	1	
<b>Medicamentos gastrointestinales</b>		
<b>Agentes antidiarreicos</b>		
<i>loperamide hcl caps</i>	1	
<i>opium</i>	1	
<i>opium tincture tinc 1%</i>	1	
XERMELO	1	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
<b>Agentes antiinflamatorios</b>		
<i>alosetron hydrochloride</i>	1	NEDS
<i>balsalazide disodium</i>	1	
<i>mesalamine dr</i>	1	
<i>mesalamine er</i>	1	
<i>mesalamine enem, kit, supp</i>	1	
<b>Agentes antiulcerosos y supresores de ácido</b>		
<i>bismuth subcitrate pot/metronidazole/tetracycline hydrochlo</i>	1	
<i>cimetidine tabs</i>	1	
DEXLANSOPRAZOLE	1	
<i>esomeprazole magnesium</i>	1	
<i>famotidine susr</i>	1	
<i>famotidine tabs 20mg, 40mg</i>	1	
<i>lansoprazole/amoxicillin/clarithromycin thpk</i>	1	
<i>lansoprazole cpdr, tbdd</i>	1	
<i>misoprostol tabs</i>	1	
<i>nizatidine soln</i>	1	
<i>omeprazole dr cpdr 10mg</i>	1	
<i>omeprazole/sodium bicarbonate caps</i>	1	
<i>omeprazole/sodium bicarbonate pack</i>	1	NEDS
<i>omeprazole cpdr 20mg, 40mg</i>	1	
<i>pantoprazole sodium pack, tbec</i>	1	
PYLERA	1	
<i>rabeprazole sodium</i>	1	
<i>sucrafate susp, tabs</i>	1	
<b>Agentes colestolíticos</b>		
LIVMARLI SOLN 19MG/ML	1	PA; NEDS
<i>ursodiol caps 200mg, 300mg</i>	1	
<i>ursodiol tabs</i>	1	
<b>Agentes procinéticos</b>		
<i>metoclopramide hcl inj, oral soln</i>	1	
<i>metoclopramide hcl tabs 5mg</i>	1	
<i>metoclopramide hydrochloride tabs 10mg</i>	1	
<i>metoclopramide odt</i>	1	
<b>Antieméticos</b>		

ID de formulario: 24521, Versión: 16, Fecha efectiva: 11/01/2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>aprepitant caps 0, 40mg, 80mg</i>	1	PA BvD
<i>aprepitant caps 125mg</i>	1	PA BvD; NEDS
<i>dronabinol</i>	1	PA BvD
<i>granisetron hydrochloride tabs</i>	1	PA BvD
<i>meclizine hcl tabs</i>	1	
<i>ondansetron hcl soln</i>	1	PA BvD
<i>ondansetron hcl tabs 24mg</i>	1	PA BvD
<i>ondansetron hydrochloride tabs</i>	1	PA BvD
<i>ondansetron odt tbdp 4mg, 8mg</i>	1	PA BvD
<i>scopolamine</i>	1	
<b>Catárticos y laxantes</b>		
CLENPIQ	1	
<i>gavilyte-c</i>	1	
<i>gavilyte-g</i>	1	
<i>gavilyte-n/ flavor pack</i>	1	
OSMOPREP	1	
<i>peg-3350/electrolytes</i>	1	
<i>peg-3350/electrolytes/ascorbate</i>	1	
<i>peg-3350/nacl/na bicarbonate/kcl</i>	1	
<i>peg-3350/sodium sulf/naclpotassium cl/na ascorbate/ascorbic</i>	1	
<i>sodium sulfate/potassium sulfate/magnesium sulfate</i>	1	
<b>Digestivos</b>		
CREON CPEP 120000UNIT; 24000UNIT; 76000UNIT, 15000UNIT; 3000UNIT; 9500UNIT, 180000UNIT; 36000UNIT; 114000UNIT, 30000UNIT; 6000UNIT; 19000UNIT, 60000UNIT; 12000UNIT; 38000UNIT	1	
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	1	
<b>Medicamentos GI, varios</b>		
BYLVAY	1	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
BYLVAY (PELLETS)	1	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
CHOLBAM	1	PA; NEDS
GATTEX	1	PA; NEDS
LINZESS	1	
LIVMARLI SOLN 9.5MG/ML	1	PA; NEDS
<i>lubiprostone</i>	1	
MOVANTIK	1	
RELISTOR	1	NEDS

ID de formulario: 24521, Versión: 16, Fecha efectiva: 11/01/2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
SKYRIZI INJ 600MG/10ML	1	PA; NEDS
SKYRIZI INJ 180MG/1.2ML	1	QL(1.2 ML por 28 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
SKYRIZI INJ 360MG/2.4ML	1	QL(2.4 ML por 28 días); PA; NEDS
<b>Miscellaneous Therapeutic Agents</b>		
<i>Alcohol Deterrents</i>		
<i>disulfiram</i>	1	
<b>Preparaciones para ojos, oídos, nariz y garganta</b>		
<i>Agentes antialérgicos</i>		
ALOCRIL	1	
ALOMIDE	1	
<i>azelastine hcl ophthalmic soln</i>	1	
<i>azelastine hcl nasal soln 0.15%</i>	1	QL(120 ML por 90 días)
<i>azelastine hydrochloride soln 0.1%</i>	1	QL(120 ML por 90 días)
<i>bepotastine besilate</i>	1	
<i>cromolyn sodium soln 4%</i>	1	
<i>epinastine hcl</i>	1	
<i>olopatadine hcl ophthalmic soln</i>	1	
<i>olopatadine hcl nasal soln</i>	1	QL(91.5 GM por 90 días)
<i>olopatadine hydrochloride soln 0.2%</i>	1	
<i>Agentes antiglaucoma</i>		
<i>acetazolamide er</i>	1	
<i>acetazolamide tabs</i>	1	
ALPHAGAN P SOLN 0.1%	1	
<i>betaxolol hcl soln 0.5%</i>	1	
BETIMOL	1	
BETOPTIC-S	1	
<i>bimatoprost soln</i>	1	
<i>brimonidine tartrate/timolol maleate</i>	1	
<i>brimonidine tartrate soln</i>	1	
<i>brinzolamide</i>	1	
<i>carteolol hcl</i>	1	
<i>dorzolamide hcl/timolol maleate</i>	1	
<i>dorzolamide hydrochloride/timolol maleate pf</i>	1	
<i>dorzolamide hydrochloride soln</i>	1	
<i>latanoprost soln</i>	1	
<i>levobunolol hcl soln 0.5%</i>	1	
LUMIGAN	1	
<i>methazolamide</i>	1	
PHOSPHOLINE IODIDE SOLR 0.125%	1	
<i>pilocarpine hcl soln 1%, 2%, 4%</i>	1	
RHOPRESSA	1	
ROCKLATAN	1	

ID de formulario: 24521, Versión: 16, Fecha efectiva: 11/01/2024

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

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

ID de formulario: 24521, Versión: 16, Fecha efectiva: 11/01/2024

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

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

ID de formulario: 24521, Versión: 16, Fecha efectiva: 11/01/2024

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



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

ID de formulario: 24521, Versión: 16, Fecha efectiva: 11/01/2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
MYRBETRIQ	1	
<i>oxybutynin chloride er</i>	1	
<i>oxybutynin chloride soln, tabs</i>	1	
<i>solifenacin succinate</i>	1	
<i>tolterodine tartrate</i>	1	
<i>tolterodine tartrate er</i>	1	
<i>tropium chloride</i>	1	
<i>tropium chloride er</i>	1	
<b>Relajantes musculares suaves respiratorios</b>		
<i>elixophyllin</i>	1	
<i>theophylline er tb12, tb24</i>	1	
<i>theophylline elix</i>	1	
<b>Skin and Mucous Membrane Preparations</b>		
<b>Anti-infectives</b>		
<i>acyclovir crea 5%</i>	1	
<i>ciclopirox</i>	1	
<i>ciclopirox nail lacquer</i>	1	
<i>ciclopirox olamine</i>	1	
CLEOCIN	1	
<i>clindacin</i>	1	
<i>clindacin etz pledgets</i>	1	
<i>clindacin-p</i>	1	
<i>clindamycin phosphate/benzoyl peroxide</i>	1	
<i>clindamycin phosphate crea 2%</i>	1	
<i>clindamycin phosphate foam 1%</i>	1	
<i>clindamycin phosphate gel 1%</i>	1	
<i>clindamycin phosphate lotn 1%</i>	1	
<i>clindamycin phosphate external soln 1%</i>	1	
<i>clindamycin phosphate swab 1%</i>	1	
<i>clindamycin/benzoyl peroxide</i>	1	
<i>clotrimazole</i>	1	
<i>clotrimazole/betamethasone dipropionate</i>	1	
<i>econazole nitrate</i>	1	
<i>ery</i>	1	
<i>erythromycin/benzoyl peroxide</i>	1	
<i>erythromycin gel 2%</i>	1	
<i>erythromycin soln 2%</i>	1	
<i>gentamicin sulfate crea 0.1%</i>	1	
<i>gentamicin sulfate oint 0.1%</i>	1	
GYNAZOLE-1	1	
<i>ivermectin crea 1%</i>	1	
<i>ketoconazole crea 2%</i>	1	QL(120 GM por 30 días)
<i>ketoconazole foam 2%</i>	1	
<i>ketoconazole sham 2%</i>	1	
KETODAN	1	

ID de formulario: 24521, Versión: 16, Fecha efectiva: 11/01/2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>malathion</i>	1	
MENTAX	1	
<i>metronidazole vaginal</i>	1	
<i>metronidazole crea 0.75%</i>	1	
<i>metronidazole gel 0.75%, 1%</i>	1	
<i>metronidazole lotn 0.75%</i>	1	
<i>miconazole 3</i>	1	
<i>mupirocin crea</i>	1	QL(180 GM por 30 días)
<i>mupirocin oint</i>	1	QL(44 GM por 30 días)
<i>naftifine hcl</i>	1	
<i>naftifine hydrochloride crea 2%</i>	1	
NEUAC	1	
NUVESSA	1	
<i>nyamyc</i>	1	
<i>nystatin crea 100000unit/gm</i>	1	
<i>nystatin oint 100000unit/gm</i>	1	
<i>nystatin powd 100000unit/gm</i>	1	
<i>nystop</i>	1	
<i>oxiconazole nitrate</i>	1	QL(90 GM por 30 días)
<i>penciclovir</i>	1	
<i>permethrin</i>	1	
<i>rosadan</i>	1	
<i>selenium sulfide</i>	1	
<i>silver sulfadiazine</i>	1	
<i>ssd</i>	1	
<i>sulfacetamide sodium lotn 10%</i>	1	
SULFAMYLON	1	
<i>terconazole</i>	1	
<b>Anti-inflammatory Agents</b>		
<i>ala-cort</i>	1	
<i>alclometasone dipropionate</i>	1	
<i>amcinonide</i>	1	
<i>betamethasone dipropionate</i>	1	
<i>betamethasone dipropionate augmented</i>	1	
<i>betamethasone valerate</i>	1	
<i>budesonide foam 2mg</i>	1	
<i>calcipotriene/betamethasone dipropionate oint</i>	1	
<i>calcipotriene/betamethasone dipropionate susp</i>	1	NEDS
<i>clobetasol propionate e</i>	1	QL(240 GM por 30 días)
<i>clobetasol propionate emollient</i>	1	QL(200 GM por 30 días)
<i>clobetasol propionate foam</i>	1	QL(200 GM por 30 días)
<i>clobetasol propionate soln</i>	1	QL(200 ML por 30 días)
<i>clobetasol propionate lotn, sham</i>	1	QL(236 ML por 30 días)
<i>clobetasol propionate crea, gel, oint</i>	1	QL(240 GM por 30 días)
<i>clobetasol propionate liqd</i>	1	QL(250 ML por 30 días)

ID de formulario: 24521, Versión: 16, Fecha efectiva: 11/01/2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>clocortolone pivalate</i>	1	
<i>clodan</i>	1	QL(236 ML por 30 días)
CORDRAN	1	
<i>desonide</i>	1	
<i>desoximetasone</i>	1	
DESRX	1	
<i>diclofenac sodium gel 3%</i>	1	QL(200 GM por 30 días)
<i>diclofenac sodium gel 1%</i>	1	QL(960 GM por 30 días)
<i>diclofenac sodium external soln 1.5%</i>	1	QL(300 ML por 30 días)
<i>diflorasone diacetate</i>	1	
EUCRISA	1	PA
<i>fluocinolone acetonide body</i>	1	
<i>fluocinolone acetonide scalp</i>	1	
<i>fluocinolone acetonide crea 0.01%, 0.025%</i>	1	
<i>fluocinolone acetonide oint 0.025%</i>	1	
<i>fluocinolone acetonide soln 0.01%</i>	1	
<i>fluocinonide</i>	1	
<i>fluocinonide emulsified base</i>	1	
<i>fluticasone propionate crea 0.05%</i>	1	
<i>fluticasone propionate lotn 0.05%</i>	1	
<i>fluticasone propionate oint 0.005%</i>	1	
<i>halcinonide</i>	1	
<i>halobetasol propionate</i>	1	
<i>hydrocortisone butyrate</i>	1	
<i>hydrocortisone valerate</i>	1	
<i>hydrocortisone crea 1%, 2.5%</i>	1	
<i>hydrocortisone enem 100mg/60ml</i>	1	
<i>hydrocortisone lotn 2.5%</i>	1	
<i>hydrocortisone oint 1%, 2.5%</i>	1	
<i>mometasone furoate crea 0.1%</i>	1	
<i>mometasone furoate oint 0.1%</i>	1	
<i>mometasone furoate soln 0.1%</i>	1	
<i>nystatin/triamcinolone</i>	1	
<i>nystatin/triamcinolone acetonide</i>	1	
<i>oralone dental paste</i>	1	
<i>prednicarbate</i>	1	
<i>procto-med hc</i>	1	
<i>procto-pak</i>	1	
<i>proctosol hc</i>	1	
<i>proctozone-hc</i>	1	
TOVET	1	QL(200 GM por 30 días)
<i>triamcinolone acetonide dental paste</i>	1	
<i>triamcinolone acetonide aers 0.147mg/gm</i>	1	
<i>triamcinolone acetonide crea 0.025%, 0.1%, 0.5%</i>	1	
<i>triamcinolone acetonide lotn 0.025%, 0.1%</i>	1	

ID de formulario: 24521, Versión: 16, Fecha efectiva: 11/01/2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>triamcinolone acetonide oint 0.025%, 0.05%, 0.1%, 0.5%</i>	1	
TRIANEX	1	
<i>triderm</i>	1	
TRITOCIN	1	
UCERIS	1	
<b>Antipruritics and Local Anesthetics</b>		
<i>doxepin hydrochloride crea 5%</i>	1	QL(90 GM por 30 días)
<i>hydrocortisone acetate/pramoxine</i>	1	
<i>lidocaine hydrochloride external soln 4%</i>	1	QL(100 ML por 30 días)
<i>lidocaine/prilocaine</i>	1	QL(60 GM por 30 días)
<i>lidocaine oint</i>	1	QL(100 GM por 30 días)
<i>lidocaine ptch</i>	1	QL(90 EA por 30 días); PA
<i>premium lidocaine</i>	1	QL(100 GM por 30 días)
<b>Cell Stimulants and Proliferants</b>		
<i>avita</i>	1	PA
RETIN-A MICRO PUMP	1	PA
<i>tretinoin microsphere gel 0.04%, 0.1%</i>	1	PA
<i>tretinoin crea 0.025%, 0.05%, 0.1%</i>	1	PA
<i>tretinoin gel 0.01%, 0.025%, 0.05%</i>	1	PA
<b>Emollients, Demulcents, and Protectants</b>		
<i>ammonium lactate</i>	1	
<b>Skin and Mucous Membrane Agents, Misc</b>		
<i>accutane</i>	1	
<i>acitretin</i>	1	
<i>adapalene</i>	1	PA
<i>amnesteem</i>	1	
<i>azelaic acid</i>	1	
AZELEX	1	
<i>bexarotene gel 1%</i>	1	PA NSO; NEDS
<i>calcipotriene crea, oint</i>	1	QL(120 GM por 30 días)
<i>calcipotriene soln</i>	1	QL(120 ML por 30 días)
<i>calcitriol oint 3mcg/gm</i>	1	
<i>claravis</i>	1	
CONDYLOX	1	
DUPIXENT INJ 200MG/1.14ML, 300MG/2ML	1	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
<i>fluorouracil</i>	1	
HYFTOR	1	PA; NEDS
<i>imiquimod</i>	1	
<i>imiquimod pump</i>	1	
<i>isotretinoin</i>	1	
KLISYRI	1	PA; NEDS
MYORISAN	1	
PANRETIN	1	NEDS

ID de formulario: 24521, Versión: 16, Fecha efectiva: 11/01/2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>pimecrolimus</i>	1	
<i>podofilox soln 0.5%</i>	1	
RECTIV	1	QL(30 GM por 30 días)
REGRANEX	1	
SANTYL	1	
SKYRIZI PEN	1	QL(1 ML por 28 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
SKYRIZI INJ 75MG/0.83ML	1	QL(1 EA por 28 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
SKYRIZI INJ 150MG/ML	1	QL(1 ML por 28 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
STELARA INJ 45MG/0.5ML	1	QL(1 ML por 28 días); PA; NEDS
STELARA INJ 45MG/0.5ML, 90MG/ML	1	QL(1 ML por 28 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
<i>tacrolimus oint 0.03%, 0.1%</i>	1	
<i>tazarotene crea 0.1%</i>	1	PA
<i>tazarotene foam 0.1%</i>	1	PA
<i>tazarotene gel 0.05%, 0.1%</i>	1	PA
TAZORAC	1	PA
VALCHLOR	1	NEDS; SP-Optum Specialty
WINLEVI	1	PA
ZENATANE	1	
<b>Vitamina</b>		
<b><i>Preparaciones multivitamínicas</i></b>		
<i>prenatal</i>	1	
<b>Vitaminas</b>		
<b><i>Complejo de Vitamina B</i></b>		
<i>niacin tabs 500mg</i>	1	
<i>niacor</i>	1	
<b><i>Vitamina D</i></b>		
<i>calcitriol caps 0.25mcg, 0.5mcg</i>	1	
<i>calcitriol soln 1mcg/ml</i>	1	
<i>doxercalciferol caps</i>	1	
<i>paricalcitol caps</i>	1	
RAYALDEE	1	

ID de formulario: 24521, Versión: 16, Fecha efectiva: 11/01/2024

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

# Índice de Drogas

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>abacavir</i>	6	<i>aliskiren</i>	54
<i>abacavir sulfate/lamivudine</i>	6	<i>allopurinol</i>	31
<i>abacavir sulfate/lamivudine/zidovudine</i>	6	<i>almotriptan</i>	16
ABELCET	5	ALOCRIIL	58
ABILIFY ASIMTUFII	18	ALOMIDE	58
ABILIFY MAINTENA	18	<i>alose tron hydrochloride</i>	56
ABILIFY MYCITE	18	ALPHAGAN P	58
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	59
<i>acamprosate calcium dr</i>	18	ALUNBRIG	9
<i>acarbose</i>	43	<i>alyq</i>	55
<i>accutane</i>	65	<i>amabelz</i>	49
<i>acebutolol hydrochloride</i>	53	<i>amantadine hcl</i>	17
<i>acetaminophen/codeine</i>	21	<i>ambrisentan</i>	28
<i>acetazolamide</i>	58	<i>amcinonide</i>	63
<i>acetazolamide er</i>	58	<i>amethia</i>	47
<i>acetic acid</i>	60	<i>amikacin sulfate</i>	2
<i>acetic acid 0.25%</i>	42	<i>amiloride hcl</i>	41
<i>acetylcysteine</i>	33	<i>amiloride/hydrochlorothiazide</i>	41
<i>acitretin</i>	65	<i>aminocaproic acid</i>	37
ACTHIB	36	AMINOSYN II	39
ACTIMMUNE	31	AMINOSYN-PF 7%	39
<i>acyclovir</i>	6	<i>amiodarone hydrochloride</i>	55
<i>acyclovir</i>	62	<i>amitriptyline hcl</i>	18
<i>acyclovir sodium</i>	6	<i>amitriptyline hydrochloride</i>	18
ADACEL	35	<i>amlodipine besylate</i>	53
<i>adapalene</i>	65	<i>amlodipine besylate/atorvastatin calcium</i>	53
<i>adefovir dipivoxil</i>	6	<i>amlodipine besylate/benazepril hydrochloride</i>	53
ADEMPAS	28	<i>amlodipine besylate/valsartan</i>	53
ADTHYZA	45	<i>amlodipine/olmesartan medoxomil</i>	53
AIMOVIG	16	<i>amlodipine/valsartan/hydrochlorothiazide</i>	53
AKEEGA	9	<i>ammonium lactate</i>	65
<i>ala-cort</i>	63	<i>amnesteem</i>	65
<i>albendazole</i>	5	<i>amoxapine</i>	18
<i>albuterol sulfate</i>	51	<i>amoxicillin</i>	2
<i>albuterol sulfate hfa</i>	51	<i>amoxicillin/clavulanate potassium</i>	2
<i>alclometasone dipropionate</i>	63	<i>amoxicillin/clavulanate potassium er</i>	2
<i>alcohol prep pads</i>	61	<i>amphetamine/dextroamphetamine</i>	16
ALECENSA	9	<i>amphotericin b</i>	5
<i>alendronate sodium</i>	33	<i>amphotericin b liposome</i>	5
<i>alfuzosin hcl er</i>	50	<i>ampicillin</i>	2
		<i>ampicillin sodium</i>	2
		<i>ampicillin/sulbactam</i>	2

ID de formulario: 24521, Versión: 16, Fecha efectiva: 11/01/2024

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

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>	<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>
<i>ampicillin-sulbactam</i>	2	AVONEX	31
<i>anagrelide hydrochloride</i>	37	AVONEX PEN	31
<i>anastrozole</i>	49	AVYCAZ	2
ANORO ELLIPTA	50	AYVAKIT	9
APLENZIN	18	AZASITE	60
<i>apraclonidine</i>	60	<i>azathioprine</i>	32
<i>aprepitant</i>	57	<i>azelaic acid</i>	65
<i>apri</i>	47	<i>azelastine hcl</i>	58
APTIOM	25	<i>azelastine hydrochloride</i>	58
APTIVUS	6	AZELEX	65
ARCALYST	33	<i>azithromycin</i>	2
AREXVY	36	<i>aztreonam</i>	2
<i>arformoterol tartrate</i>	51	<i>azurette</i>	47
ARIKAYCE	2	<i>bacitracin</i>	60
<i>aripiprazole</i>	18	<i>bacitracin/polymyxin b</i>	60
<i>aripiprazole odt</i>	18	<i>baclofen</i>	51
ARISTADA	18	BAFIERTAM	31
ARISTADA INITIO	18	<i>balsalazide disodium</i>	56
<i>armodafinil</i>	16	BALVERSA	9
ARMOUR THYROID	45	<i>balziva</i>	47
<i>asenapine maleate sl</i>	18	BAQSIMI ONE PACK	45
<i>ashlyna</i>	47	BAQSIMI TWO PACK	45
<i>aspirin/dipyridamole er</i>	37	BAXDELA	2
<i>atazanavir</i>	6	BCG VACCINE	36
<i>atazanavir sulfate</i>	6	<i>bd insulin syringe safetyglide/1ml/29g x</i>	61
<i>atenolol</i>	53	<i>1/2"</i>	
<i>atenolol/chlorthalidone</i>	53	<i>b-d insulin syringe ultrafine ii/0.3ml/31g x</i>	61
<i>atomoxetine</i>	18	<i>5/16"</i>	
<i>atomoxetine hydrochloride</i>	18	<i>bd insulin syringe ultra-fine/0.5ml/30g x</i>	61
<i>atorvastatin calcium</i>	52	<i>12.7mm</i>	
<i>atovaquone</i>	6	<i>bd insulin syringe ultra-fine/1ml/31g x 8mm</i>	61
<i>atovaquone/proguanil hcl</i>	6	<i>bd insulin syringe/u-100/1ml/27g x 1/2"</i>	61
<i>atropine sulfate</i>	60	<i>bd insulin syringe/u-500/0.5ml/31g x 6mm</i>	61
ATROVENT HFA	50	<i>bd pen needle/original/ultra-fine/29g x</i>	61
AUBAGIO	31	<i>12.7mm</i>	
AUGMENTIN	2	BELBUCA	21
AUGTYRO	9	BELSOMRA	24
AURYXIA	40	<i>benazepril hcl</i>	54
AUSTEDO	26	<i>benazepril hydrochloride</i>	54
AUSTEDO XR	26	<i>benazepril</i>	54
AUSTEDO XR PATIENT TITRATION	26	<i>hydrochloride/hydrochlorothiazide</i>	
KIT		BENLYSTA	32
AUVELITY	18	BENZNIDAZOLE	6
AVEED	46	<i>benztropine mesylate</i>	17
<i>aviane</i>	47	<i>bepotastine besilate</i>	58
<i>avita</i>	65	BERINERT	33

ID de formulario: 24521, Versión: 16, Fecha efectiva: 11/01/2024

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



Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
BESIVANCE	60	<i>budesonide</i>	42
BESREMI	9	<i>budesonide</i>	63
<i>betaine anhydrous</i>	33	<i>budesonide er</i>	42
<i>betamethasone dipropionate</i>	63	<i>budesonide/formoterol fumarate dihydrate</i>	42
<i>betamethasone dipropionate augmented</i>	63	<i>bumetanide</i>	41
<i>betamethasone valerate</i>	63	<i>buprenorphine</i>	21
BETASERON	31	<i>buprenorphine hcl</i>	21
<i>betaxolol hcl</i>	53	<i>buprenorphine hcl/naloxone hcl</i>	21
<i>betaxolol hcl</i>	58	<i>buprenorphine hydrochloride/naloxone</i>	21
<i>bethanechol chloride</i>	50	<i>hydrochloride</i>	
BETIMOL	58	<i>bupropion hcl</i>	18
BETOPTIC-S	58	<i>bupropion hydrochloride</i>	18
BEVESPI AEROSPHERE	50	<i>bupropion hydrochloride er (sr)</i>	18
<i>bexarotene</i>	9	<i>bupropion hydrochloride er (xl)</i>	18
<i>bexarotene</i>	65	<i>bupirone hcl</i>	24
BEXSERO	36	<i>bupirone hydrochloride</i>	24
<i>bicalutamide</i>	9	<i>butorphanol tartrate</i>	22
BICILLIN C-R	2	BYDUREON BCISE	43
BICILLIN L-A	2	BYETTA	43
BIKTARVY	6	BYLVAY	57
<i>bimatoprost</i>	58	BYLVAY (PELLETS)	57
<i>bismuth subcitrate</i>	56	<i>cabergoline</i>	17
<i>pot/metronidazole/tetracycline hydrochloride</i>		CABLIVI	37
<i>bisoprolol fumarate</i>	53	CABOMETRYX	9
<i>bisoprolol fumarate/hydrochlorothiazide</i>	53	<i>calcipotriene</i>	65
BIVIGAM	35	<i>calcipotriene/betamethasone dipropionate</i>	63
BOOSTRIX	35	<i>calcitonin salmon</i>	45
<i>bortezomib</i>	9	<i>calcitonin-salmon</i>	45
<i>bosentan</i>	28	<i>calcitriol</i>	65
BOSULIF	9	<i>calcitriol</i>	66
BRAFTOVI	9	<i>calcium acetate</i>	41
BREO ELLIPTA	42	CALQUENCE	10
BREYNA	42	<i>camila</i>	47
BREZTRI AEROSPHERE	42	CAMZYOS	55
<i>briellyn</i>	47	<i>candesartan cilexetil</i>	54
BRILINTA	37	<i>candesartan cilexetil/hydrochlorothiazide</i>	54
<i>brimonidine tartrate</i>	58	CAPLYTA	19
<i>brimonidine tartrate/timolol maleate</i>	58	CAPRELSA	10
<i>brinzolamide</i>	58	<i>captopril</i>	54
BRIVIACT	25	<i>carbamazepine</i>	25
<i>bromfenac</i>	59	<i>carbamazepine er</i>	25
<i>bromfenac sodium</i>	59	<i>carbidopa</i>	17
<i>bromocriptine mesylate</i>	17	<i>carbidopa/levodopa</i>	17
BROMSITE	59	<i>carbidopa/levodopa er</i>	17
BRONCHITOL	28	<i>carbidopa/levodopa odt</i>	17
BRUKINSA	9	<i>carbidopa/levodopa/entacapone</i>	17

ID de formulario: 24521, Versión: 16, Fecha efectiva: 11/01/2024

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

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
CARDURA XL	52	<i>ciclopirox olamine</i>	62
<i>carglumic acid</i>	40	<i>cidofovir</i>	6
<i>carteolol hcl</i>	58	<i>cilostazol</i>	37
<i>cartia xt</i>	53	CIMDUO	6
<i>carvedilol</i>	53	<i>cimetidine</i>	56
<i>carvedilol phosphate er</i>	53	<i>cinacalcet hydrochloride</i>	45
<i>casprofungin acetate</i>	5	CINRYZE	33
CAYSTON	2	<i>ciprofloxacin</i>	3
<i>cefaclor</i>	2	<i>ciprofloxacin</i>	60
<i>cefadroxil</i>	2	<i>ciprofloxacin hcl</i>	3
<i>cefazolin</i>	2	<i>ciprofloxacin hydrochloride</i>	3
<i>cefazolin sodium</i>	2	<i>ciprofloxacin hydrochloride</i>	60
<i>cefazolin sodium/dextrose</i>	2	<i>ciprofloxacin i.v.-in d5w</i>	3
<i>cefazolin/dextrose</i>	2	<i>ciprofloxacin/dexamethasone</i>	59
<i>cefdinir</i>	2	<i>citalopram hydrobromide</i>	19
<i>cefepime</i>	2	<i>claravis</i>	65
<i>cefepime hydrochloride</i>	2	<i>clarithromycin</i>	3
<i>cefepime/dextrose</i>	2	<i>clarithromycin er</i>	3
<i>cefixime</i>	2	CLENPIQ	57
<i>cefotetan</i>	2	CLEOCIN	62
<i>cefoxitin sodium</i>	2	<i>clindacin</i>	62
<i>cefpodoxime proxetil</i>	2	<i>clindacin etz pledgets</i>	62
<i>cefprozil</i>	2	<i>clindacin-p</i>	62
<i>ceftazidime</i>	2	<i>clindamycin hcl</i>	3
<i>ceftriaxone in iso-osmotic dextrose</i>	2	<i>clindamycin hydrochloride</i>	3
<i>ceftriaxone sodium</i>	2	<i>clindamycin palmitate hydrochloride</i>	3
<i>ceftriaxone/dextrose</i>	2	<i>clindamycin phosphate</i>	3
<i>cefuroxime axetil</i>	3	<i>clindamycin phosphate</i>	16
<i>cefuroxime sodium</i>	3	<i>clindamycin phosphate</i>	62
<i>celecoxib</i>	22	<i>clindamycin phosphate/benzoyl peroxide</i>	62
CELONTIN	25	<i>clindamycin phosphate/dextrose</i>	3
<i>cephalexin</i>	3	<i>clindamycin/benzoyl peroxide</i>	62
CERDELGA	33	CLINIMIX 4.25%/DEXTROSE 10%	39
<i>cevimeline hydrochloride</i>	50	CLINIMIX 4.25%/DEXTROSE 5%	39
CHEMET	34	CLINIMIX 5%/DEXTROSE 15%	39
<i>chlordiazepoxide/amitriptyline</i>	19	CLINIMIX 5%/DEXTROSE 20%	39
<i>chlorhexidine gluconate</i>	60	CLINIMIX 6/5	39
<i>chloroquine phosphate</i>	6	CLINIMIX 8/10	39
<i>chlorpromazine hcl</i>	19	CLINIMIX E 2.75%/DEXTROSE 5%	39
<i>chlorpromazine hydrochloride</i>	19	CLINIMIX E 4.25%/DEXTROSE 10%	39
<i>chlorthalidone</i>	41	CLINIMIX E 4.25%/DEXTROSE 5%	39
CHOLBAM	57	CLINIMIX E 5%/DEXTROSE 15%	39
<i>cholestyramine</i>	52	CLINIMIX E 5%/DEXTROSE 20%	39
<i>cholestyramine light</i>	52	CLINIMIX E 8/10	39
<i>ciclopirox</i>	62	CLINISOL SF 15%	39
<i>ciclopirox nail lacquer</i>	62	<i>clobazam</i>	25

ID de formulario: 24521, Versión: 16, Fecha efectiva: 11/01/2024

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

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>	<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>
<i>clobetasol propionate</i>	63	<i>cyclopentolate hcl</i>	61
<i>clobetasol propionate e</i>	63	<i>cyclopentolate hydrochloride</i>	61
<i>clobetasol propionate emollient</i>	63	<i>cyclophosphamide</i>	10
<i>clocortolone pivalate</i>	64	CYCLOSET	43
<i>clodan</i>	64	<i>cyclosporine</i>	32
<i>clomipramine hydrochloride</i>	19	<i>cyclosporine</i>	59
<i>clonazepam</i>	25	<i>cyclosporine modified</i>	32
<i>clonazepam odt</i>	25	<i>cyproheptadine hcl</i>	35
<i>clonidine</i>	38	<i>cyproheptadine hydrochloride</i>	35
<i>clonidine hydrochloride</i>	38	CYSTAGON	33
<i>clonidine hydrochloride er</i>	38	CYSTARAN	60
<i>clopidogrel</i>	37	<i>dabigatran etexilate</i>	37
<i>clorazepate dipotassium</i>	24	<i>dalfampridine er</i>	33
<i>clotrimazole</i>	62	DALVANCE	3
<i>clotrimazole/betamethasone dipropionate</i>	62	<i>danazol</i>	46
<i>clozapine</i>	19	<i>dantrolene sodium</i>	51
<i>clozapine odt</i>	19	<i>dapsone</i>	5
COARTEM	6	DAPTACEL	35
<i>codeine sulfate</i>	22	<i>daptomycin</i>	3
<i>colchicine</i>	31	<i>daptomycin/sodium chloride</i>	3
<i>colesevelam hydrochloride</i>	52	<i>darifenacin hydrobromide er</i>	61
<i>colestipol hcl</i>	52	<i>darunavir</i>	6
<i>colistimethate sodium</i>	3	DARZALEX	10
COMBIPATCH	49	<i>dasatinib</i>	10
COMBIVENT RESPIMAT	51	DAURISMO	10
COMETRIQ	10	DAYVIGO	24
COMPLERA	6	<i>deblitane</i>	47
CONDYLOX	65	<i>deferasirox</i>	34
<i>constulose</i>	40	<i>deferiprone</i>	35
COPAXONE	31	DELSTRIGO	7
COPIKTRA	10	<i>demeclocycline hcl</i>	3
CORDRAN	64	DENGVAXIA	36
CORLANOR	55	DEPO-ESTRADIOL	49
CORTIFOAM	15	DEPO-MEDROL	42
CORTISPORIN-TC	59	DEPO-SUBQ PROVERA 104	49
CORTROPHIN	48	DESCOVY	7
COSENTYX	29	<i>desipramine hydrochloride</i>	19
COSENTYX SENSOREADY PEN	29	<i>desloratadine</i>	35
COSENTYX UNOREADY	29	<i>desloratadine odt</i>	35
COTELLIC	10	<i>desmopressin acetate</i>	49
CREON	57	<i>desogestrel/ethinyl estradiol</i>	47
<i>cromolyn sodium</i>	27	<i>desonide</i>	64
<i>cromolyn sodium</i>	58	<i>desoximetasone</i>	64
<i>curity gauze pads 2"x2" 12 ply</i>	61	DESRX	64
CUVITRU	35	<i>desvenlafaxine er</i>	19
<i>cyclobenzaprine hydrochloride</i>	51	<i>dexamethasone</i>	42

ID de formulario: 24521, Versión: 16, Fecha efectiva: 11/01/2024

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

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>	<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>
<i>dexamethasone 10-day dose pack</i>	42	<i>difluprednate</i>	59
<i>dexamethasone 13-day dose pack</i>	42	<i>digitek</i>	55
<i>dexamethasone 6-day dose pack</i>	42	<i>digox</i>	55
<i>dexamethasone intensol</i>	42	<i>digoxin</i>	55
<i>dexamethasone sodium phosphate</i>	42	<i>dihydroergotamine mesylate</i>	51
<i>dexamethasone sodium phosphate</i>	59	DILANTIN	25
<i>dexamethasone sodium phosphate +rfid</i>	42	DILANTIN INFATABS	25
DEXLANSOPRAZOLE	56	DILANTIN-125	25
<i>dexmethylphenidate hcl</i>	16	<i>diltiazem hcl</i>	53
<i>dexmethylphenidate hcl er</i>	16	<i>diltiazem hcl cd</i>	53
<i>dexmethylphenidate hydrochloride</i>	16	<i>diltiazem hcl er</i>	53
<i>dexmethylphenidate hydrochloride er</i>	16	<i>diltiazem hydrochloride</i>	53
<i>dextroamphetamine sulfate</i>	16	<i>diltiazem hydrochloride er</i>	53
<i>dextroamphetamine sulfate er</i>	16	<i>dilt-xr</i>	53
<i>dextrose 10%</i>	39	<i>dimethyl fumarate</i>	31
<i>dextrose 10%/sodium chloride 0.2%</i>	41	<i>dimethyl fumarate starterpack</i>	31
<i>dextrose 10%/sodium chloride 0.45%</i>	41	<i>diphenhydramine hydrochloride</i>	35
<i>dextrose 2.5%/sodium chloride 0.45%</i>	41	<i>diphtheria/tetanus toxoids adsorbed</i>	35
<i>dextrose 5%</i>	39	<i>pediatric</i>	
<i>dextrose 5%/sodium chloride 0.2%</i>	41	<i>dipyridamole</i>	55
<i>dextrose 5%/sodium chloride 0.3%</i>	41	<i>disopyramide phosphate</i>	55
<i>dextrose 5%/sodium chloride 0.33%</i>	41	<i>disulfiram</i>	58
<i>dextrose 5%/sodium chloride 0.45%</i>	41	<i>divalproex sodium</i>	25
<i>dextrose 5%/sodium chloride 0.9%</i>	41	<i>divalproex sodium dr</i>	25
<i>dextrose 50%</i>	39	<i>divalproex sodium er</i>	25
<i>dextrose 70%</i>	39	<i>docetaxel</i>	10
<i>dextrose/sodium chloride</i>	41	<i>dofetilide</i>	55
DIACOMIT	25	<i>donepezil hcl</i>	50
<i>diazepam</i>	24	<i>donepezil hydrochloride</i>	50
<i>diazepam intensol</i>	24	DOPTELET	37
<i>diazepam rectal gel</i>	24	<i>dorzolamide hcl/timolol maleate</i>	58
<i>diazoxide</i>	45	<i>dorzolamide hydrochloride</i>	58
<i>dichlorphenamide</i>	33	<i>dorzolamide hydrochloride/timolol maleate</i>	58
<i>diclofenac epolamine</i>	22	<i>pf</i>	
<i>diclofenac potassium</i>	22	<i>dotti</i>	49
<i>diclofenac sodium</i>	59	DOVATO	7
<i>diclofenac sodium</i>	64	<i>doxazosin mesylate</i>	52
<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>	65
<i>dicloxacillin sodium</i>	3	<i>doxercalciferol</i>	66
<i>dicyclomine hcl</i>	50	DOXY 100	3
<i>dicyclomine hydrochloride</i>	50	<i>doxycycline</i>	3
DIFICID	3	<i>doxycycline hyclate</i>	3
<i>diflorasone diacetate</i>	64	<i>doxycycline hyclate dr</i>	3
<i>diflunisal</i>	22	<i>doxycycline monohydrate</i>	3

ID de formulario: 24521, Versión: 16, Fecha efectiva: 11/01/2024

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

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>	<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>
DRIZALMA SPRINKLE	19	<i>entacapone</i>	17
<i>dronabinol</i>	57	<i>entecavir</i>	7
<i>drospirenone/ethinyl estradiol</i>	47	ENTRESTO	54
DROXIA	10	<i>enulose</i>	40
<i>droxidopa</i>	51	ENVARBUS XR	32
<i>duloxetine hcl</i>	19	EPCLUSA	7
<i>duloxetine hydrochloride</i>	19	EPIDIOLEX	25
DUPIXENT	27	<i>epinastine hcl</i>	58
DUPIXENT	65	<i>epinephrine</i>	51
<i>dutasteride</i>	33	<i>epitol</i>	25
<i>dutasteride/tamsulosin hydrochloride</i>	33	<i>eplerenone</i>	54
<i>ec-naproxen</i>	22	EPRONTIA	25
<i>econazole nitrate</i>	62	EQUETRO	25
EDURANT	7	<i>ergoloid mesylates</i>	51
<i>efavirenz</i>	7	ERIVEDGE	10
<i>efavirenz/emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate</i>	7	ERLEADA	10
<i>efavirenz/lamivudine/tenofovir disoproxil fumarate</i>	7	<i>erlotinib hydrochloride</i>	10
<i>effe-k</i>	41	<i>errin</i>	47
EGRIFTA SV	46	<i>ertapenem</i>	3
ELESTRIN	49	<i>ertapenem sodium</i>	3
<i>eletriptan hydrobromide</i>	16	<i>ery</i>	62
ELIGARD	48	<i>erythromycin</i>	60
ELIQUIS	37	<i>erythromycin</i>	62
ELIQUIS STARTER PACK	37	<i>erythromycin base</i>	3
<i>elixophyllin</i>	62	<i>erythromycin dr</i>	3
ELMIRON	33	<i>erythromycin ethylsuccinate</i>	3
<i>eluryng</i>	47	<i>erythromycin/benzoyl peroxide</i>	62
EMCYT	10	ESBRIET	27
EMGALITY	16	<i>escitalopram oxalate</i>	19
EMSAM	17	<i>esomeprazole magnesium</i>	56
<i>emtricitabine</i>	7	<i>estazolam</i>	24
<i>emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate</i>	7	<i>estradiol</i>	49
<i>emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate</i>	7	<i>estradiol valerate</i>	49
EMTRIVA	7	<i>estradiol/norethindrone acetate</i>	49
<i>enalapril maleate</i>	54	ESTRING	49
<i>enalapril maleate/hydrochlorothiazide</i>	54	<i>eszopiclone</i>	24
ENBREL	29	<i>ethacrynic acid</i>	41
ENBREL MINI	29	<i>ethambutol hydrochloride</i>	5
ENBREL SURECLICK	29	<i>ethosuximide</i>	25
ENDARI	33	<i>etodolac</i>	22
<i>endocet</i>	22	<i>etodolac er</i>	22
ENGERIX-B	36	<i>etonogestrel/ethinyl estradiol</i>	47
<i>enilloring</i>	47	<i>etravirine</i>	7
<i>enoxaparin sodium</i>	37	EUCRISA	64
		<i>euthyrox</i>	45
		EVAMIST	49

ID de formulario: 24521, Versión: 16, Fecha efectiva: 11/01/2024

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

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
EVENTY	31	<i>fluconazole</i>	5
<i>everolimus</i>	10	<i>fluconazole in sodium chloride</i>	5
<i>everolimus</i>	32	<i>flucytosine</i>	5
EVOTAZ	7	<i>fludrocortisone acetate</i>	42
EVRYSDI	33	<i>flunisolide</i>	59
<i>exemestane</i>	49	<i>fluocinolone acetonide</i>	59
EXKIVITY	10	<i>fluocinolone acetonide</i>	64
EXSERVAN	18	<i>fluocinolone acetonide body</i>	64
EXTAVIA	31	<i>fluocinolone acetonide scalp</i>	64
<i>ezetimibe</i>	52	<i>fluocinolone acetonide topical</i>	15
<i>ezetimibe/simvastatin</i>	52	<i>fluocinonide</i>	64
<i>falmina</i>	47	<i>fluocinonide emulsified base</i>	64
<i>famciclovir</i>	7	<i>fluorometholone</i>	59
<i>famotidine</i>	56	<i>fluorouracil</i>	65
FANAPT	19	<i>fluoxetine dr</i>	19
FANAPT TITRATION PACK	19	<i>fluoxetine hydrochloride</i>	19
FARXIGA	43	<i>fluphenazine decanoate</i>	19
FASENRA	27	<i>fluphenazine hcl</i>	19
FASENRA PEN	27	<i>fluphenazine hydrochloride</i>	19
<i>febuxostat</i>	31	<i>flurazepam hcl</i>	24
<i>felbamate</i>	25	<i>flurazepam hydrochloride</i>	24
<i>felodipine er</i>	53	<i>flurbiprofen</i>	22
FEMRING	49	<i>flurbiprofen sodium</i>	59
<i>fenofibrate</i>	52	<i>flutamide</i>	10
<i>fenofibrate micronized</i>	52	<i>fluticasone propionate</i>	59
<i>fenofibric acid dr</i>	52	<i>fluticasone propionate</i>	64
<i>fentanyl</i>	22	<i>fluticasone propionate diskus</i>	42
<i>fentanyl citrate</i>	22	<i>fluticasone propionate hfa</i>	43
<i>fentanyl citrate oral transmucosal</i>	22	<i>fluticasone propionate/salmeterol</i>	51
<i>fesoterodine fumarate er</i>	61	<i>fluticasone propionate/salmeterol diskus</i>	51
FETZIMA	19	<i>fluvastatin</i>	52
FETZIMA TITRATION PACK	19	<i>fluvastatin sodium er</i>	52
<i>finasteride</i>	33	<i>fluvoxamine maleate</i>	19
<i> fingolimod hydrochloride</i>	31	<i>fluvoxamine maleate er</i>	19
FINTEPLA	25	FML	59
<i>finzala</i>	47	FML FORTE	59
FIRDAPSE	34	<i>fondaparinux sodium</i>	37
FIRMAGON	48	<i>formoterol fumarate</i>	51
FIRVANQ	3	FORTEO	45
<i>flac</i>	59	<i>fosamprenavir calcium</i>	7
FLAREX	59	<i>fosfomycin tromethamine</i>	5
<i>flavoxate hcl</i>	61	<i>fosinopril sodium</i>	54
FLEBOGAMMA DIF	35	<i>fosinopril sodium/hydrochlorothiazide</i>	54
<i>flecainide acetate</i>	55	FOTIVDA	10
FLOLIPID	52	FRAGMIN	37
FLOVENT DISKUS	42	FREAMINE III	39

ID de formulario: 24521, Versión: 16, Fecha efectiva: 11/01/2024

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

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>	<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>
<i>frovatriptan succinate</i>	16	GLUCAGON EMERGENCY KIT FOR	45
FRUZAQLA	10	LOW BLOOD SUGAR	
<i>furosemide</i>	41	<i>glyburide</i>	43
FUZEON	7	<i>glyburide micronized</i>	43
<i>fyavolv</i>	49	<i>glyburide/metformin hydrochloride</i>	43
FYCOMPA	25	<i>glycopyrrolate</i>	50
<i>gabapentin</i>	25	<i>glydo</i>	16
GALAFOLD	34	GLYXAMBI	43
<i>galantamine hydrobromide</i>	50	<i>gnp insulin syringe/0.3ml/30g x 5/16"</i>	61
<i>galantamine hydrobromide er</i>	50	<i>gnp insulin syringe/0.5ml/30g x 5/16"</i>	61
<i>gallifrey</i>	49	GOCOVRI	17
GAMMAGARD LIQUID	35	<i>granisetron hydrochloride</i>	57
GAMMAKED	35	<i>griseofulvin microsize</i>	5
GAMMAPLEX	35	<i>griseofulvin ultramicrosize</i>	5
GAMUNEX-C	35	<i>guanfacine hydrochloride er</i>	18
GARDASIL 9	36	GVOKE HYPOPEN 1-PACK	45
<i>gatifloxacin</i>	60	GVOKE HYPOPEN 2-PACK	45
GATTEX	57	GVOKE KIT	45
<i>gauze pads 2"x2"</i>	61	GVOKE PFS	45
<i>gavilyte-c</i>	57	GYNAZOLE-1	62
<i>gavilyte-g</i>	57	HAEGARDA	33
<i>gavilyte-n/ flavor pack</i>	57	<i>halcinonide</i>	64
GAVRETO	11	<i>halobetasol propionate</i>	64
<i>gefitinib</i>	11	<i>haloette</i>	47
<i>gemfibrozil</i>	52	<i>haloperidol</i>	19
GEMTESA	61	<i>haloperidol decanoate</i>	19
<i>generlac</i>	41	<i>haloperidol lactate</i>	19
GENGRAF	32	HARVONI	7
GENOTROPIN	46	HAVRIX	36
GENOTROPIN MINIQUICK	46	<i>heather</i>	47
<i>gentak</i>	60	<i>heparin sodium</i>	37
<i>gentamicin sulfate</i>	3	<i>heparin sodium/d5w</i>	37
<i>gentamicin sulfate</i>	60	HEPATAMINE	40
<i>gentamicin sulfate</i>	62	HEPLISAV-B	36
<i>gentamicin sulfate/0.9% sodium chloride</i>	3	HETLIOZ LQ	24
GENVOYA	7	HIBERIX	36
GILOTRIF	11	HIZENTRA	35
GLEOSTINE	11	HORIZANT	25
<i>glimepiride</i>	43	HUMALOG	43
<i>glipizide</i>	43	HUMALOG JUNIOR KWIKPEN	43
<i>glipizide er</i>	43	HUMALOG KWIKPEN	43
<i>glipizide/metformin hydrochloride</i>	43	HUMALOG MIX 50/50	43
GLOPERBA	31	HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN	43
GLUCAGEN HYPOKIT	45	HUMALOG MIX 75/25	43
GLUCAGON EMERGENCY KIT	45	HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN	43
		HUMIRA	30

ID de formulario: 24521, Versión: 16, Fecha efectiva: 11/01/2024

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

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>	<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>
HUMIRA PEDIATRIC CROHNS DISEASE STARTER PACK	29	ILEVRO	59
HUMIRA PEN	30	<i>imatinib mesylate</i>	11
HUMIRA PEN-CD/UC/HS STARTER	30	IMBRUVICA	11
HUMIRA PEN-PEDIATRIC UC STARTER PACK	30	<i>imipenem/cilastatin</i>	3
HUMIRA PEN-PS/UV STARTER	30	<i>imipramine hcl</i>	19
HUMULIN 70/30	43	<i>imipramine hydrochloride</i>	19
HUMULIN 70/30 KWIKPEN	44	<i>imipramine pamoate</i>	19
HUMULIN N	44	<i>imiquimod</i>	65
HUMULIN N KWIKPEN	44	<i>imiquimod pump</i>	65
HUMULIN R	44	IMOVAX RABIES (H.D.C.V.)	36
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED)	44	IMPAVIDO	6
HUMULIN R U-500 KWIKPEN	44	IMVEXXY MAINTENANCE PACK	49
<i>hydralazine hcl</i>	38	IMVEXXY STARTER PACK	49
<i>hydralazine hydrochloride</i>	38	INBRIJA	17
<i>hydrochlorothiazide</i>	41	INCRELEX	46
<i>hydrocodone bitartrate er</i>	22	INCRUSE ELLIPTA	50
<i>hydrocodone bitartrate/acetaminophen</i>	22	<i>indapamide</i>	41
<i>hydrocodone/acetaminophen</i>	22	<i>indomethacin</i>	22
<i>hydrocodone/ibuprofen</i>	22	<i>indomethacin er</i>	22
<i>hydrocortisone</i>	43	INFANRIX	35
<i>hydrocortisone</i>	64	INGREZZA	27
<i>hydrocortisone acetate/pramoxine</i>	65	INLYTA	11
<i>hydrocortisone butyrate</i>	64	INQOVI	11
<i>hydrocortisone sodium succinate</i>	43	INREBIC	11
<i>hydrocortisone valerate</i>	64	INTELENCE	7
<i>hydrocortisone/acetic acid</i>	59	INTRALIPID	40
<i>hydromorphone hcl</i>	22	INTRAROSA	43
<i>hydromorphone hcl er</i>	22	INTRON A	11
<i>hydromorphone hydrochloride er</i>	22	<i>introvale</i>	47
<i>hydroxychloroquine sulfate</i>	6	INVEGA HAFYERA	19
<i>hydroxyurea</i>	11	INVEGA SUSTENNA	19
<i>hydroxyzine hcl</i>	24	INVEGA TRINZA	20
<i>hydroxyzine hydrochloride</i>	24	INVELTYS	59
<i>hydroxyzine pamoate</i>	24	IPOL INACTIVATED IPV	36
HYFTOR	65	<i>ipratropium bromide</i>	50
<i>ibandronate sodium</i>	33	<i>ipratropium bromide/albuterol sulfate</i>	51
IBRANCE	11	<i>irbesartan</i>	54
<i>ibu</i>	22	<i>irbesartan/hydrochlorothiazide</i>	54
<i>ibuprofen</i>	22	IRESSA	11
<i>icatibant acetate</i>	33	ISENTRESS	7
<i>iclevia</i>	47	ISENTRESS HD	7
ICLUSIG	11	<i>isoniazid</i>	5
<i>icosapent ethyl</i>	52	<i>isosorbide dinitrate</i>	55
IDHIFA	11	<i>isosorbide dinitrate/hydralazine hydrochloride</i>	55
		<i>isosorbide mononitrate</i>	55

ID de formulario: 24521, Versión: 16, Fecha efectiva: 11/01/2024

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



<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>	<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>
<i>isosorbide mononitrate er</i>	55	<i>ketoprofen</i>	22
<i>isotonic gentamicin</i>	3	<i>ketoprofen er</i>	22
<i>isotretinoin</i>	65	<i>ketorolac tromethamine</i>	59
<i>isradipine</i>	53	KINERET	30
<i>itraconazole</i>	5	KINRIX	35
<i>ivabradine hydrochloride</i>	55	KISQALI	11
<i>ivermectin</i>	5	KISQALI FEMARA 200 DOSE	49
<i>ivermectin</i>	62	KISQALI FEMARA 400 DOSE	49
IWILFIN	11	KISQALI FEMARA 600 DOSE	49
IXCHIQ	36	<i>klayesta</i>	16
IXIARO	36	KLISYRI	65
JAKAFI	11	<i>klor-con</i>	41
<i>jantoven</i>	37	<i>klor-con 10</i>	41
JANUMET	44	<i>klor-con 8</i>	41
JANUMET XR	44	<i>klor-con m10</i>	41
JANUVIA	44	KLOR-CON M15	41
JARDIANCE	44	<i>klor-con m20</i>	41
JAYPIRCA	11	<i>klor-con/ef</i>	41
JENTADUETO	44	KORLYM	44
JENTADUETO XR	44	KOSELUGO	11
<i>jinteli</i>	49	<i>kourzeq</i>	15
<i>joyeaux</i>	47	<i>k-prime</i>	41
JULUCA	7	KRAZATI	11
<i>junel 1.5/30</i>	47	KRISTALOSE	41
<i>junel 1/20</i>	47	KYNMOBI	17
<i>junel fe 1.5/30</i>	47	KYPROLIS	11
<i>junel fe 1/20</i>	47	<i>labetalol hydrochloride</i>	54
<i>junel fe 24</i>	47	<i>lacosamide</i>	25
JUXTAPID	52	<i>lactated ringers</i>	42
JYLAMVO	11	<i>lactulose</i>	41
JYNNEOS	36	LAGEVRIO	7
KALYDECO	28	<i>lamivudine</i>	7
<i>kariva</i>	47	<i>lamivudine/zidovudine</i>	7
<i>kcl 0.075%/d5w/nacl 0.45%</i>	41	<i>lamotrigine</i>	25
<i>kcl 0.15%/d5w/nacl 0.2%</i>	41	<i>lamotrigine er</i>	25
<i>kcl 0.15%/d5w/nacl 0.45%</i>	41	<i>lamotrigine odt</i>	25
<i>kcl 0.15%/d5w/nacl 0.9%</i>	41	<i>lamotrigine starter kit/blue</i>	25
<i>kcl 0.3%/d5w/nacl 0.45%</i>	41	<i>lamotrigine starter kit/green</i>	25
<i>kcl 0.3%/d5w/nacl 0.9%</i>	41	<i>lamotrigine starter kit/orange</i>	25
<i>kelnor 1/35</i>	47	<i>lamotrigine titration</i>	25
KENALOG-10	43	<i>lanreotide acetate</i>	46
KERENDIA	54	<i>lansoprazole</i>	56
KESIMPTA	32	<i>lansoprazole/amoxicillin/clarithromycin</i>	56
<i>ketoconazole</i>	5	LANTUS	44
<i>ketoconazole</i>	62	LANTUS SOLOSTAR	44
KETODAN	62	<i>lapatinib ditosylate</i>	11

ID de formulario: 24521, Versión: 16, Fecha efectiva: 11/01/2024

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

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>	<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>
<i>larin 1.5/30</i>	47	LIBERVANT	25
<i>larin 1/20</i>	47	<i>lidocaine</i>	65
<i>larin fe 1.5/30</i>	47	<i>lidocaine hcl</i>	16
<i>larin fe 1/20</i>	47	<i>lidocaine hcl</i>	34
<i>latanoprost</i>	58	<i>lidocaine hcl jelly</i>	16
LAZANDA	23	<i>lidocaine hydrochloride</i>	16
<i>leflunomide</i>	30	<i>lidocaine hydrochloride</i>	34
<i>lenalidomide</i>	11	<i>lidocaine hydrochloride</i>	65
LENVIMA 10 MG DAILY DOSE	11	<i>lidocaine hydrochloride viscous</i>	60
LENVIMA 12MG DAILY DOSE	12	<i>lidocaine viscous</i>	60
LENVIMA 14 MG DAILY DOSE	12	<i>lidocaine/prilocaine</i>	65
LENVIMA 18 MG DAILY DOSE	12	<i>linezolid</i>	3
LENVIMA 20 MG DAILY DOSE	12	LINZESS	57
LENVIMA 24 MG DAILY DOSE	12	<i>liothyronine sodium</i>	45
LENVIMA 4 MG DAILY DOSE	12	<i>lisdexamphetamine dimesylate</i>	16
LENVIMA 8 MG DAILY DOSE	12	<i>lisinopril</i>	54
<i>lessina</i>	47	<i>lisinopril/hydrochlorothiazide</i>	54
<i>letrozole</i>	49	<i>lithium</i>	17
<i>leucovorin calcium</i>	33	<i>lithium carbonate</i>	17
LEUKERAN	12	<i>lithium carbonate er</i>	17
<i>leuprolide acetate</i>	48	LIVALO	52
<i>levabuterol</i>	51	LIVMARLI	56
<i>levabuterol hcl</i>	51	LIVMARLI	57
<i>levabuterol hydrochloride</i>	51	LIVTENCITY	7
<i>levabuterol tartrate hfa</i>	51	LO LOESTRIN FE	47
LEVEMIR	44	LOKELMA	40
LEVEMIR FLEXPEN	44	LONHALA MAGNAIR REFILL KIT	50
LEVEMIR FLEXTOUCH	44	LONHALA MAGNAIR STARTER KIT	50
<i>levetiracetam</i>	25	LONSURF	12
<i>levetiracetam er</i>	25	<i>loperamide hcl</i>	56
<i>levobunolol hcl</i>	58	<i>lopinavir/ritonavir</i>	7
<i>levocarnitine</i>	34	<i>lorazepam</i>	24
<i>levocetirizine dihydrochloride</i>	35	<i>lorazepam intensol</i>	24
<i>levofloxacin</i>	3	LORBRENA	12
<i>levofloxacin</i>	60	<i>losartan potassium</i>	54
<i>levofloxacin in d5w</i>	3	<i>losartan potassium/hydrochlorothiazide</i>	54
<i>levonest</i>	47	LOTEMAX	59
<i>levonorgestrel and ethinyl estradiol</i>	47	<i>loteprednol etabonate</i>	59
<i>levonorgestrel/ethinyl estradiol</i>	47	<i>lovastatin</i>	52
<i>levora 0.15/30-28</i>	47	<i>loxapine</i>	20
<i>levorphanol tartrate</i>	23	<i>lubiprostone</i>	57
<i>levo-t</i>	45	LUMAKRAS	12
<i>levothyroxine sodium</i>	45	LUMIGAN	58
<i>levoxyl</i>	45	LUPRON DEPOT (1-MONTH)	48
LEXIVA	7	LUPRON DEPOT (3-MONTH)	48
<i>l-glutamine</i>	34	LUPRON DEPOT (4-MONTH)	48

ID de formulario: 24521, Versión: 16, Fecha efectiva: 11/01/2024

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

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>	<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>
LUPRON DEPOT (6-MONTH)	48	<i>methazolamide</i>	58
<i>lurasidone hydrochloride</i>	20	<i>methenamine hippurate</i>	5
LYBALVI	20	<i>methenamine mandelate</i>	5
LYNPARZA	12	<i>methimazole</i>	45
LYSODREN	12	<i>methotrexate</i>	12
LYTGOBI	12	<i>methotrexate sodium</i>	12
<i>magnesium sulfate</i>	25	<i>methsuximide</i>	25
<i>malathion</i>	63	<i>methylphenidate hydrochloride</i>	16
<i>maraviroc</i>	8	<i>methylphenidate hydrochloride cd</i>	16
<i>marlissa</i>	47	<i>methylphenidate hydrochloride er</i>	16
MARPLAN	20	<i>methylphenidate hydrochloride er (la)</i>	16
MATULANE	12	<i>methylprednisolone</i>	43
<i>matzim la</i>	53	<i>methylprednisolone acetate</i>	43
MAVYRET	8	<i>methylprednisolone dose pack</i>	43
MAXIDEX	59	<i>metoclopramide hcl</i>	56
MAYZENT	32	<i>metoclopramide hydrochloride</i>	56
MAYZENT STARTER PACK	32	<i>metoclopramide odt</i>	56
<i>meclizine hcl</i>	57	<i>metolazone</i>	41
<i>meclofenamate sodium</i>	23	<i>metoprolol succinate er</i>	54
MEDROL	43	<i>metoprolol tartrate</i>	54
<i>medroxyprogesterone acetate</i>	49	<i>metoprolol/hydrochlorothiazide</i>	54
<i>mefenamic acid</i>	23	<i>metronidazole</i>	6
<i>mefloquine hcl</i>	6	<i>metronidazole</i>	63
<i>megestrol acetate</i>	49	<i>metronidazole vaginal</i>	63
MEKINIST	12	<i>metyrosine</i>	34
MEKTOVI	12	<i>mexiletine hcl</i>	55
<i>meloxicam</i>	23	<i>mibelas 24 fe</i>	47
<i>memantine hcl titration pak</i>	18	<i>miconazole 3</i>	5
<i>memantine hydrochloride</i>	18	<i>miconazole 3</i>	63
<i>memantine hydrochloride er</i>	18	<i>microgestin 1.5/30</i>	47
MENACTRA	36	<i>microgestin 1/20</i>	47
MENEST	49	<i>microgestin fe 1.5/30</i>	47
MENOSTAR	49	<i>microgestin fe 1/20</i>	48
MENQUADFI	36	<i>midodrine hcl</i>	51
MENTAX	63	<i>mifepristone</i>	44
MENVEO	36	<i>miglitol</i>	44
<i>mercaptapurine</i>	12	<i>miglustat</i>	34
<i>meropenem</i>	4	MILLIPRED	43
<i>mesalamine</i>	56	<i>mimvey</i>	49
<i>mesalamine dr</i>	56	<i>minocycline hcl</i>	4
<i>mesalamine er</i>	56	<i>minocycline hydrochloride</i>	4
MESNEX	33	<i>minoxidil</i>	38
<i>metformin hydrochloride</i>	44	<i>mirabegron er</i>	61
<i>metformin hydrochloride er</i>	44	<i>mirtazapine</i>	20
<i>methadone hcl</i>	23	<i>mirtazapine odt</i>	20
<i>methamphetamine hcl</i>	16	<i>misoprostol</i>	56

ID de formulario: 24521, Versión: 16, Fecha efectiva: 11/01/2024

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

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>	<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>
M-M-R II	36	<i>necon 0.5/35-28</i>	48
<i>modafinil</i>	16	<i>nefazodone hydrochloride</i>	20
<i>moexipril hcl</i>	54	<i>neomycin sulfate</i>	4
<i>molindone hydrochloride</i>	20	<i>neomycin/bacitracin/polymyxin</i>	60
<i>metasone furoate</i>	59	<i>neomycin/polymyxin/bacitracin/hydrocortisone</i>	59
<i>metasone furoate</i>	64	<i>neomycin/polymyxin/dexamethasone</i>	59
<i>mondoxyne nl</i>	4	<i>neomycin/polymyxin/gramicidin</i>	60
<i>montelukast sodium</i>	27	<i>neomycin/polymyxin/hc</i>	59
<i>morphine sulfate</i>	23	<i>neomycin/polymyxin/hydrocortisone</i>	59
<i>morphine sulfate er</i>	23	<i>neo-polycin</i>	60
MOUNJARO	44	<i>neo-polycin hc</i>	59
MOVANTIK	57	NERLYNX	12
<i>moxifloxacin hydrochloride/sodium hydrochloride</i>	4	NEUAC	63
<i>moxifloxacin hydrochloride</i>	4	NEULASTA	37
<i>moxifloxacin hydrochloride</i>	60	NEULASTA ONPRO KIT	37
MOZOBIL	37	NEUPRO	17
MRESVIA	36	<i>nevirapine</i>	8
MULTAQ	55	<i>nevirapine er</i>	8
<i>mupirocin</i>	63	NEXLETOL	52
<i>mycophenolate mofetil</i>	32	NEXLIZET	52
<i>mycophenolic acid dr</i>	32	<i>niacin</i>	66
MYFEMBREE	48	<i>niacin er</i>	52
MYORISAN	65	<i>niacor</i>	66
MYRBETRIQ	62	<i>nicardipine hcl</i>	53
<i>nabumetone</i>	23	NICOTROL INHALER	51
<i>nadolol</i>	54	NICOTROL NS	51
<i>nafcillin sodium</i>	4	<i>nifedipine</i>	53
<i>naftifine hcl</i>	63	<i>nifedipine er</i>	53
<i>naftifine hydrochloride</i>	16	<i>nikki</i>	48
<i>naftifine hydrochloride</i>	63	<i>nilutamide</i>	12
<i>naloxone hcl</i>	38	<i>nimodipine</i>	53
<i>naloxone hydrochloride</i>	38	NINLARO	12
<i>naltrexone hcl</i>	38	<i>nisoldipine er</i>	53
NAMZARIC	18	<i>nitazoxanide</i>	6
<i>naproxen</i>	23	<i>nitisinone</i>	34
<i>naproxen dr</i>	23	NITRO-BID	55
<i>naproxen sodium</i>	23	<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>	15
<i>naratriptan hcl</i>	16	<i>nitroglycerin</i>	55
NATACYN	60	<i>nitroglycerin transdermal</i>	55
<i>nateglinide</i>	44	NIVA THYROID	45
NATPARA	45	<i>nizatidine</i>	56
NAYZILAM	25	NORDITROPIN FLEXPRO	46
<i>nebivolol hydrochloride</i>	54	<i>norelgestromin/ethinyl estradiol</i>	48

ID de formulario: 24521, Versión: 16, Fecha efectiva: 11/01/2024

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

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>norethindrone &amp; ethinyl estradiol ferrous fumarate</i>	48	OGSIVEO	12
<i>norethindrone acetate</i>	49	OJEMDA	13
<i>norethindrone acetate/ethinyl estradiol</i>	49	OJJAARA	13
<i>norethindrone acetate/ethinyl estradiol/ferrous fumarate</i>	48	<i>olanzapine</i>	20
NORPACE CR	55	<i>olanzapine odt</i>	20
<i>nortrel 0.5/35 (28)</i>	48	<i>olanzapine/fluoxetine</i>	20
<i>nortrel 1/35</i>	48	<i>olmesartan medoxomil</i>	54
<i>nortrel 7/7/7</i>	48	<i>olmesartan</i>	53
<i>nortriptyline hcl</i>	20	<i>medoxomil/amlodipine/hydrochlorothiazide</i>	
<i>nortriptyline hydrochloride</i>	20	<i>olmesartan medoxomil/hydrochlorothiazide</i>	54
NORVIR	8	<i>olopatadine hcl</i>	58
NOURIANZ	18	<i>olopatadine hydrochloride</i>	58
NOXAFIL	5	<i>omega-3-acid ethyl esters</i>	52
<i>np thyroid 120</i>	45	<i>omeprazole</i>	56
<i>np thyroid 15</i>	45	<i>omeprazole dr</i>	56
<i>np thyroid 30</i>	45	<i>omeprazole/sodium bicarbonate</i>	56
<i>np thyroid 60</i>	45	OMNIPOD 5 DEXCOM G7G6 INTRO KIT (GEN 5)	61
<i>np thyroid 90</i>	45	OMNIPOD 5 DEXCOM G7G6 PODS (GEN 5)	61
NUBEQA	12	OMNIPOD 5 G7 INTRO KIT (GEN 5)	61
NUCALA	27	OMNIPOD 5 G7 PODS (GEN 5)	61
NUEDEXTA	18	OMNIPOD 5 LIBRE2 PLUS G6	61
NULOJIX	32	OMNIPOD 5 LIBRE2 PLUS G6 PODS	61
NUPLAZID	20	OMNIPOD CLASSIC PDM STARTER KIT (GEN 3)	61
NURTEC	17	OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3)	61
NUTRILIPID	40	OMNIPOD DASH INTRO KIT (GEN 4)	61
NUTROPIN AQ NUSPIN 10	46	OMNIPOD DASH PDM KIT (GEN 4)	61
NUTROPIN AQ NUSPIN 20	46	OMNIPOD DASH PODS (GEN 4)	61
NUTROPIN AQ NUSPIN 5	46	OMNIPOD GO 10 UNITS/DAY	61
NUVESSA	63	OMNIPOD GO 15 UNITS/DAY	61
NUZYRA	4	OMNIPOD GO 20 UNITS/DAY	61
<i>nyamyc</i>	63	OMNIPOD GO 25 UNITS/DAY	61
NYMALIZE	53	OMNIPOD GO 30 UNITS/DAY	61
<i>nystatin</i>	5	OMNIPOD GO 35 UNITS/DAY	61
<i>nystatin</i>	63	OMNIPOD GO 40 UNITS/DAY	61
<i>nystatin/triamcinolone</i>	64	OMNITROPE	46
<i>nystatin/triamcinolone acetonide</i>	64	<i>ondansetron hcl</i>	57
<i>nystop</i>	63	<i>ondansetron hydrochloride</i>	57
OCTAGAM	35	<i>ondansetron odt</i>	57
<i>octreotide acetate</i>	46	ONGENTYS	17
ODEFSEY	8	ONUREG	13
ODOMZO	12	OPDIVO	13
OFEV	27	<i>opium</i>	56
<i>ofloxacin</i>	4	<i>opium tincture</i>	56
<i>ofloxacin</i>	60		

ID de formulario: 24521, Versión: 16, Fecha efectiva: 11/01/2024

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

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>	<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>
OPSUMIT	28	<i>paromomycin sulfate</i>	6
OPVEE	38	<i>paroxetine</i>	20
<i>oralone dental paste</i>	64	<i>paroxetine hcl</i>	20
ORENCIA	30	<i>paroxetine hcl er</i>	20
ORENCIA CLICKJECT	30	<i>paroxetine hydrochloride</i>	20
ORENITRAM	28	PASER	5
ORENITRAM TITRATION KIT MONTH	28	PAXLOVID	8
1		<i>pazopanib hydrochloride</i>	13
ORENITRAM TITRATION KIT MONTH	28	PEDIARIX	36
2		PEDVAX HIB	36
ORENITRAM TITRATION KIT MONTH	28	<i>peg-3350/electrolytes</i>	57
3		<i>peg-3350/electrolytes/ascorbate</i>	57
ORFADIN	34	<i>peg-3350/nacl/na bicarbonate/kcl</i>	57
ORGOVYX	48	<i>peg-3350/sodium sulf/naclpotassium cl/na</i>	57
ORILISSA	48	<i>ascorbate/ascorbic</i>	
ORKAMBI	29	PEGASYS	8
ORSERDU	13	PEMAZYRE	13
<i>oseltamivir phosphate</i>	8	PENBRAYA	36
OSMOPREP	57	<i>penciclovir</i>	63
OSPHENA	49	<i>penicillamine</i>	35
OTEZLA	30	<i>penicillin g potassium</i>	4
OTEZLA	50	<i>penicillin g potassium in iso-osmotic</i>	4
<i>oxacillin sodium</i>	4	<i>dextrose</i>	
<i>oxaprozin</i>	23	<i>penicillin g sodium</i>	4
<i>oxazepam</i>	24	<i>penicillin v potassium</i>	4
OXBRYTA	37	PENTACEL	36
<i>oxcarbazepine</i>	25	<i>pentamidine isethionate</i>	6
OXERVATE	60	<i>pentoxifylline er</i>	38
<i>oxiconazole nitrate</i>	63	<i>perindopril erbumine</i>	54
<i>oxybutynin chloride</i>	62	<i>perlogard</i>	60
<i>oxybutynin chloride er</i>	62	<i>permethrin</i>	63
<i>oxycodone hcl er</i>	23	<i>perphenazine</i>	20
<i>oxycodone hydrochloride</i>	23	<i>perphenazine/amitriptyline</i>	20
<i>oxycodone hydrochloride er</i>	23	PERSERIS	20
<i>oxycodone/acetaminophen</i>	23	<i>phenelzine sulfate</i>	20
OXYCONTIN	23	<i>phenobarbital</i>	24
<i>oxymorphone hydrochloride</i>	23	<i>phenoxybenzamine hydrochloride</i>	51
<i>oxymorphone hydrochloride er</i>	23	<i>phenytek</i>	26
<i>oxymorphone hydrochlorideer</i>	23	<i>phenytoin</i>	26
OZEMPIC	44	<i>phenytoin sodium extended</i>	26
<i>paclitaxel</i>	13	PHOSPHOLINE IODIDE	58
<i>paliperidone er</i>	20	PIFELTRO	8
PANRETIN	65	<i>pilocarpine hcl</i>	58
<i>pantoprazole sodium</i>	56	<i>pilocarpine hydrochloride</i>	50
PANZYGA	35	<i>pimecrolimus</i>	66
<i>paricalcitol</i>	66	<i>pimozide</i>	20

ID de formulario: 24521, Versión: 16, Fecha efectiva: 11/01/2024

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

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>	<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>
<i>pindolol</i>	54	PREHEVBRIO	36
<i>pioglitazone hcl</i>	44	PREMARIN	49
<i>pioglitazone hcl/metformin hcl</i>	44	PREMASOL	40
<i>pioglitazone hcl-glimepiride</i>	44	<i>premium lidocaine</i>	65
<i>pioglitazone hydrochloride</i>	44	PREMPHASE	49
<i>piperacillin sodium/tazobactam sodium</i>	4	PREMPRO	49
PIQRAY 200MG DAILY DOSE	13	<i>prenatal</i>	66
PIQRAY 250MG DAILY DOSE	13	<i>prevalite</i>	52
PIQRAY 300MG DAILY DOSE	13	PREVYMIS	8
<i>pirfenidone</i>	27	PREZCOBIX	8
<i>piroxicam</i>	23	PREZISTA	8
<i>pitavastatin calcium</i>	52	PRIFTIN	5
PLEGRIDY	32	<i>primaquine phosphate</i>	6
PLEGRIDY STARTER PACK	32	<i>primidone</i>	26
PLENAMINE	40	PRIORIX	36
<i>plerixafor</i>	38	PRIVIGEN	35
<i>podofilox</i>	15	PROAIR RESPICLICK	51
<i>podofilox</i>	66	<i>probenecid</i>	40
<i>polycin</i>	60	<i>probenecid/colchicine</i>	40
<i>polymyxin b sulfate/trimethoprim sulfate</i>	60	<i>prochlorperazine</i>	20
POMALYST	13	<i>prochlorperazine edisylate</i>	20
<i>portia-28</i>	48	<i>prochlorperazine maleate</i>	20
<i>posaconazole</i>	6	PROCRIT	38
<i>posaconazole dr</i>	6	PROCTOFOAM HC	16
<i>potassium chloride</i>	42	<i>procto-med hc</i>	64
<i>potassium chloride er</i>	42	<i>procto-pak</i>	64
<i>potassium chloride/dextrose/sodium chloride</i>	42	<i>proctosol hc</i>	64
<i>potassium citrate er</i>	39	<i>proctozone-hc</i>	64
PRALUENT	52	<i>progesterone</i>	49
<i>pramipexole dihydrochloride</i>	17	PROGRAF	32
<i>pramipexole dihydrochloride er</i>	17	PROLASTIN-C	28
<i>prasugrel hydrochloride</i>	37	PROLENSA	59
<i>pravastatin sodium</i>	52	PROLIA	33
<i>praziquantel</i>	5	PROMACTA	38
<i>prazosin hydrochloride</i>	52	<i>promethazine hcl</i>	35
PRED MILD	59	<i>promethazine hydrochloride</i>	35
<i>prednicarbate</i>	64	<i>promethazine hydrochloride plain</i>	35
<i>prednisolone</i>	43	<i>propafenone hcl</i>	55
<i>prednisolone acetate</i>	59	<i>propafenone hydrochloride</i>	55
<i>prednisolone sodium phosphate</i>	43	<i>propafenone hydrochloride er</i>	55
<i>prednisolone sodium phosphate</i>	59	<i>propranolol hcl</i>	54
<i>prednisolone sodium phosphate odt</i>	43	<i>propranolol hcl er</i>	54
<i>prednisone</i>	43	<i>propranolol hydrochloride</i>	54
<i>pregabalin</i>	26	<i>propranolol hydrochloride er</i>	54
<i>pregabalin er</i>	23	<i>propylthiouracil</i>	45
		PROQUAD	36

ID de formulario: 24521, Versión: 16, Fecha efectiva: 11/01/2024

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

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>	<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>
PROSOL	40	RESTASIS	59
<i>protriptyline hcl</i>	20	RESTASIS MULTIDOSE	60
PULMOZYME	28	RETACRIT	38
PURIXAN	13	RETEVMO	13
PYLERA	56	RETIN-A MICRO	29
<i>pyrazinamide</i>	5	RETIN-A MICRO PUMP	65
<i>pyridostigmine bromide</i>	50	REVCOVI	38
<i>pyridostigmine bromide er</i>	50	REVLIMID	13
<i>pyrimethamine</i>	6	REXULTI	20
PYRUKYND	37	REYATAZ	8
PYRUKYND TAPER PACK	37	REZLIDHIA	13
QINLOCK	13	REZUROCK	34
QUADRACEL	35	RHOPRESSA	58
<i>quetiapine fumarate</i>	20	<i>ribavirin</i>	8
<i>quetiapine fumarate er</i>	20	RIDAURA	38
<i>quinapril hydrochloride</i>	54	<i>rifabutin</i>	5
<i>quinapril/hydrochlorothiazide</i>	54	<i>rifampin</i>	5
<i>quinidine gluconate cr</i>	55	<i>riluzole</i>	18
<i>quinidine sulfate</i>	55	<i>rimantadine hydrochloride</i>	8
<i>quinine sulfate</i>	6	RINVOQ	30
QVAR REDIHALER	43	RINVOQ LQ	50
RABAVERT	36	<i>risedronate sodium</i>	33
<i>rabeprazole sodium</i>	56	<i>risedronate sodium dr</i>	33
RADICAVA ORS	18	RISPERDAL CONSTA	20
RADICAVA ORS STARTER KIT	18	<i>risperidone</i>	20
<i>raloxifene hydrochloride</i>	49	<i>risperidone er</i>	20
<i>ramelteon</i>	24	<i>risperidone odt</i>	21
<i>ramipril</i>	54	<i>ritonavir</i>	8
<i>ranolazine er</i>	55	<i>rivastigmine tartrate</i>	50
<i>rasagiline mesylate</i>	17	<i>rivastigmine transdermal system</i>	50
RASUVO	30	<i>rizatriptan benzoate</i>	17
RAYALDEE	66	<i>rizatriptan benzoate odt</i>	17
REBIF	32	ROCKLATAN	58
REBIF REBIDOSE	32	<i>roflumilast</i>	28
REBIF REBIDOSE TITRATION PACK	32	<i>ropinirole er</i>	17
REBIF TITRATION PACK	32	<i>ropinirole hcl</i>	17
RECOMBIVAX HB	36	<i>ropinirole hydrochloride</i>	17
RECTIV	66	<i>rosadan</i>	63
REGRANEX	66	<i>rosuvastatin calcium</i>	52
RELENZA DISKHALER	8	ROTARIX	36
RELISTOR	57	ROTATEQ	36
RELYVRIO	18	<i>roweepra</i>	26
<i>repaglinide</i>	44	ROZLYTREK	13
REPATHA	52	RUBRACA	13
REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM	52	<i>rufinamide</i>	26
REPATHA SURECLICK	52	RUKOBIA	8

ID de formulario: 24521, Versión: 16, Fecha efectiva: 11/01/2024

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



<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>	<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>
RYBELSUS	44	<i>sodium sulfate/potassium sulfate/magnesium sulfate</i>	57
RYDAPT	13	<i>solifenacin succinate</i>	62
RYTARY	17	SOLOSEC	6
SAJAZIR	33	SOLTAMOX	49
<i>salsalate</i>	23	SOLU-CORTEF	43
SANTYL	66	SOMATULINE DEPOT	46
<i>sapropterin dihydrochloride</i>	34	SOMAVERT	46
SAVELLA	17	<i>sorafenib</i>	13
SAVELLA TITRATION PACK	17	<i>sorafenib tosylate</i>	13
SCEMBLIX	13	<i>sorine</i>	54
<i>scopolamine</i>	57	<i>sotalol hcl</i>	54
SECUADO	21	<i>sotalol hydrochloride (af)</i>	54
<i>selegiline hcl</i>	17	SPIRIVA RESPIMAT	50
<i>selenium sulfide</i>	63	<i>spironolactone</i>	54
SELZENTRY	8	<i>spironolactone/hydrochlorothiazide</i>	54
SEREVENT DISKUS	51	SPRITAM	26
SEROSTIM	46	SPRYCEL	14
<i>sertraline hcl</i>	21	<i>sps</i>	40
<i>sertraline hydrochloride</i>	21	<i>ssd</i>	63
<i>sevelamer carbonate</i>	40	STAMARIL	36
<i>sevelamer hydrochloride</i>	40	STELARA	66
<i>sf 5000 plus</i>	31	<i>sterile water for irrigation</i>	42
<i>sharobel</i>	48	STIOLTO RESPIMAT	50
SHINGRIX	36	STIVARGA	14
SIGNIFOR	46	<i>streptomycin sulfate</i>	4
<i>sildenafil citrate</i>	55	STRIBILD	8
<i>silodosin</i>	51	STRIVERDI RESPIMAT	51
<i>silver sulfadiazine</i>	63	SUBSYS	24
SIMBRINZA	59	<i>subvenite</i>	26
<i>simvastatin</i>	52	<i>subvenite starter kit/blue</i>	26
<i>sirolimus</i>	32	<i>subvenite starter kit/green</i>	26
SIRTURO	5	<i>subvenite starter kit/orange</i>	26
SIVEXTRO	4	SUCRAID	38
SKYRIZI	58	<i>sucrafate</i>	56
SKYRIZI	66	<i>sulfacetamide sodium</i>	60
SKYRIZI PEN	66	<i>sulfacetamide sodium</i>	63
<i>sodium chloride</i>	42	<i>sulfacetamide sodium/prednisolone sodium phosphate</i>	60
<i>sodium chloride 0.45%</i>	42	<i>sulfadiazine</i>	4
<i>sodium chloride 0.9%</i>	42	<i>sulfamethoxazole/trimethoprim</i>	4
<i>sodium fluoride 1.1</i>	31	<i>sulfamethoxazole/trimethoprim ds</i>	4
<i>sodium fluoride 5000 plus</i>	31	SULFAMYLON	63
<i>sodium fluoride 5000 ppm</i>	31	<i>sulfasalazine</i>	4
SODIUM OXYBATE	18	<i>sulindac</i>	24
<i>sodium phenylbutyrate</i>	41	<i>sumatriptan</i>	17
<i>sodium polystyrene sulfonate</i>	40		

ID de formulario: 24521, Versión: 16, Fecha efectiva: 11/01/2024

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

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>	<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>
<i>sumatriptan succinate</i>	17	<i>telmisartan</i>	55
<i>sumatriptan succinate refill</i>	17	<i>telmisartan/amlodipine</i>	53
<i>sunitinib malate</i>	14	<i>telmisartan/hydrochlorothiazide</i>	55
SUNLENCA	8	<i>temazepam</i>	24
SUNOSI	16	TEMIXYS	8
SUPRAX	4	TENIVAC	36
SYMDEKO	29	<i>tenofovir disoproxil fumarate</i>	8
SYMLINPEN 120	44	TEPMETKO	14
SYMLINPEN 60	44	<i>terazosin hcl</i>	52
SYMPAZAN	26	<i>terazosin hydrochloride</i>	52
SYMTUZA	8	<i>terbinafine hcl</i>	6
SYNAREL	48	<i>terbutaline sulfate</i>	51
SYNJARDY	44	<i>terconazole</i>	63
SYNJARDY XR	44	<i>teriflunomide</i>	32
SYNRIBO	14	<i>teriparatide</i>	45
SYNTHROID	45	<i>testosterone</i>	46
TABLOID	14	<i>testosterone cypionate</i>	46
TABRECTA	14	<i>testosterone enanthate</i>	46
<i>tacrolimus</i>	32	<i>testosterone pump</i>	46
<i>tacrolimus</i>	66	<i>tetrabenazine</i>	27
<i>tadalafil</i>	55	<i>tetracycline hydrochloride</i>	4
TAFINLAR	14	THALOMID	32
<i>tafluprost</i>	59	<i>theophylline</i>	62
TAGRISO	14	<i>theophylline er</i>	62
TALZENNA	14	THIOLA EC	34
<i>tamoxifen citrate</i>	50	<i>thioridazine hcl</i>	21
<i>tamsulosin hydrochloride</i>	51	<i>thiothixene</i>	21
<i>tarina fe 1/20 eq</i>	48	THYQUIDITY	45
TASIGNA	14	THYROID	45
<i>tasimelteon</i>	24	<i>tiadylt er</i>	53
TAVALISSE	37	<i>tiagabine hydrochloride</i>	26
TAVNEOS	33	TIBSOVO	14
<i>taysofy</i>	48	TICOVAC	36
<i>tazarotene</i>	15	<i>timolol maleate</i>	54
<i>tazarotene</i>	66	<i>timolol maleate</i>	59
<i>tazicef</i>	4	<i>timolol maleate ophthalmic gel forming</i>	59
TAZORAC	66	<i>tinidazole</i>	6
<i>taztia xt</i>	53	<i>tiopronin dr</i>	34
TAZVERIK	14	TIROSINT-SOL	45
<i>tdvax</i>	36	TIVICAY	8
<i>techlite insulin syringe u-100/0.5ml/30g x 1/2"</i>	61	TIVICAY PD	8
<i>techlite pen needles 29g x 10mm</i>	61	<i>tizanidine hcl</i>	51
TEFLARO	4	<i>tizanidine hydrochloride</i>	52
TEGSEDI	33	TOBI PODHALER	4
TEKTRUNA HCT	55	TOBRADEX	60
		TOBRADEX ST	60

ID de formulario: 24521, Versión: 16, Fecha efectiva: 11/01/2024

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

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>	<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>
<i>tobramycin</i>	4	<i>trifluridine</i>	60
<i>tobramycin</i>	60	<i>trihexyphenidyl hcl</i>	17
<i>tobramycin sulfate</i>	4	<i>trihexyphenidyl hydrochloride</i>	17
<i>tobramycin/dexamethasone</i>	60	TRIKAFTA	29
<i>tolterodine tartrate</i>	62	<i>trimethoprim</i>	5
<i>tolterodine tartrate er</i>	62	<i>trimipramine maleate</i>	21
<i>topiramate</i>	26	TRINTELLIX	21
<i>topiramate er</i>	26	<i>tri-sprintec</i>	48
<i>toremifene citrate</i>	50	TRITOCIN	65
<i>torseamide</i>	41	TRIUMEQ	8
TOUJEO MAX SOLOSTAR	44	TRIUMEQ PD	8
TOUJEO SOLOSTAR	44	<i>trivora-28</i>	48
TOVET	64	TRIZIVIR	8
TRACLEER	28	TROPHAMINE	40
TRADJENTA	44	<i>trospium chloride</i>	62
<i>tramadol hcl er</i>	24	<i>trospium chloride er</i>	62
<i>tramadol hydrochloride</i>	24	<i>trueplus insulin syringe /u-100/1ml/29g x</i>	61
<i>tramadol hydrochloride er</i>	24	<i>1/2"</i>	
<i>tramadol hydrochloride/acetaminophen</i>	24	<i>trueplus pen needles 29gx12mm</i>	61
<i>trandolapril</i>	55	TRULICITY	44
<i>trandolapril/verapamil hcl er</i>	53	TRUMENBA	36
<i>tranexamic acid</i>	37	TRUQAP	14
<i>tranylcpromine sulfate</i>	21	TRUSELTIQ	14
TRAVASOL	40	TUKYSA	14
<i>travoprost</i>	59	TURALIO	14
<i>trazodone hydrochloride</i>	21	<i>turqoz</i>	48
TRECTOR	5	TWINRIX	36
TRELEGY ELLIPTA	43	<i>tyblume</i>	48
TRELSTAR MIXJECT	48	TYBOST	34
TRESIBA	44	TYMLOS	45
TRESIBA FLEXTOUCH	44	TYPHIM VI	36
<i>tretinoin</i>	14	UBRELVY	17
<i>tretinoin</i>	65	UCERIS	65
<i>tretinoin microsphere</i>	29	UDENYCA	38
<i>tretinoin microsphere</i>	65	UDENYCA ONBODY	38
TREXALL	14	<i>unithroid</i>	46
<i>triamcinolone acetonide</i>	43	UPTRAVI	28
<i>triamcinolone acetonide</i>	64	UPTRAVI TITRATION PACK	28
<i>triamcinolone acetonide dental paste</i>	64	<i>ursodiol</i>	56
<i>triamterene/hydrochlorothiazide</i>	41	<i>valacyclovir hydrochloride</i>	9
TRIANEX	65	VALCHLOR	66
<i>triazolam</i>	24	<i>valganciclovir</i>	9
<i>triderm</i>	65	<i>valganciclovir hydrochloride</i>	9
<i>trientine hydrochloride</i>	35	<i>valproic acid</i>	26
<i>trifluoperazine hcl</i>	21	<i>valsartan</i>	55
<i>trifluoperazine hydrochloride</i>	21	<i>valsartan/hydrochlorothiazide</i>	55

ID de formulario: 24521, Versión: 16, Fecha efectiva: 11/01/2024

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

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>	<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>
VALTOCO 10 MG DOSE	26	VITRAKVI	14
VALTOCO 15 MG DOSE	26	VIVITROL	38
VALTOCO 20 MG DOSE	26	VIZIMPRO	14
VALTOCO 5 MG DOSE	26	VONJO	15
<i>vancomycin</i>	4	<i>voriconazole</i>	6
<i>vancomycin hcl</i>	4	VOSEVI	9
<i>vancomycin hydrochloride</i>	4	VOTRIENT	15
VANFLYTA	14	VOXZOGO	34
VAQTA	36	VRAYLAR	21
<i>varenicline starting month box</i>	51	VUMERITY	32
<i>varenicline tartrate</i>	51	<i>vyfemla</i>	48
<i>varenicline tartrate</i>	51	VYNDAMAX	34
VARIVAX	36	VYNDAQEL	34
VARIZIG	35	VYVANSE	16
VASCEPA	52	VYZULTA	59
VAXCHORA	36	<i>warfarin sodium</i>	37
<i>velivet</i>	48	WELIREG	15
VELPHORO	40	WINLEVI	66
VELTASSA	40	<i>wixela inhub</i>	51
VEMLIDY	9	XALKORI	15
VENCLEXTA	14	XARELTO	37
VENCLEXTA STARTING PACK	14	XARELTO STARTER PACK	37
<i>venlafaxine besylate er</i>	21	XATMEP	15
<i>venlafaxine hcl er</i>	21	XCOPRI	26
<i>venlafaxine hydrochloride</i>	21	XDEMVI	60
<i>venlafaxine hydrochloride er</i>	21	XELJANZ	31
VENTAVIS	28	XELJANZ XR	31
<i>verapamil hcl</i>	53	XENLETA	4
<i>verapamil hcl er</i>	53	XERMELO	56
<i>verapamil hcl sr</i>	53	XGEVA	33
<i>verapamil hydrochloride</i>	53	XIFAXAN	5
<i>verapamil hydrochloride er</i>	53	XIGDUO XR	45
VERQUVO	56	XOFLUZA	9
VERSACLOZ	21	XOLAIR	28
VERZENIO	14	XOSPATA	15
VIBRAMYCIN	4	XPOVIO	15
VICTOZA	44	XPOVIO 100 MG ONCE WEEKLY	15
<i>vigabatrin</i>	26	XPOVIO 40 MG ONCE WEEKLY	15
<i>vigadrone</i>	26	XPOVIO 40 MG TWICE WEEKLY	15
VIGAFYDE	26	XPOVIO 60 MG ONCE WEEKLY	15
<i>vigpoder</i>	26	XPOVIO 60 MG TWICE WEEKLY	15
VIIBRYD STARTER PACK	21	XPOVIO 80 MG ONCE WEEKLY	15
VIJOICE	34	XPOVIO 80 MG TWICE WEEKLY	15
<i>vilazodone hydrochloride</i>	21	XTANDI	15
VIRACEPT	9	<i>xulane</i>	48
VIREAD	9	XYOSTED	46

ID de formulario: 24521, Versión: 16, Fecha efectiva: 11/01/2024

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

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página</b>
<i>yargesa</i>	34
YERVOY	15
YF-VAX	37
YONSA	15
YUPELRI	50
<i>yuvafem</i>	50
<i>zafemy</i>	48
<i>zafirlukast</i>	28
<i>zaleplon</i>	24
ZARXIO	38
ZEJULA	15
ZELBORAF	15
ZENATANE	66
ZENPEP	57
ZEPOSIA	32
ZEPOSIA 7-DAY STARTER PACK	32
ZEPOSIA STARTER KIT	32
ZERBAXA	5
<i>zidovudine</i>	9
ZIEXTENZO	38
<i>zileuton er</i>	28
<i>ziprasidone hcl</i>	21
<i>ziprasidone mesylate</i>	21
ZIRGAN	60
<i>zoledronic acid</i>	33
ZOLINZA	15
<i>zolmitriptan</i>	17
<i>zolmitriptan odt</i>	17
<i>zolpidem tartrate</i>	24
<i>zolpidem tartrate er</i>	24
ZONISADE	26
<i>zonisamide</i>	26
ZORBTIVE	46
ZOSYN	5
<i>zovia 1/35</i>	48
ZTALMY	26
ZURZUVAE	21
ZYDELIG	15
ZYKADIA	15
ZYLET	60
ZYPREXA RELPREVV	21

ID de formulario: 24521, Versión: 16, Fecha efectiva: 11/01/2024

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



Este formulario se actualizó el 1 de noviembre de 2024.

**Mensaje importante sobre lo que paga por las vacunas:** Algunas vacunas se consideran beneficios médicos. Otras vacunas se consideran medicamentos de Part D. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de Part D sin costo alguno para usted.

Para obtener información más reciente o hacer otras preguntas, comuníquese con Servicios para Miembros de Tufts Health Plan Senior Care Options al **1-855-670-5934** (los usuarios de TTY deben llamar al 711), de 8 a.m. a 8 p.m., 7 días a la semana (de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre), o visite **[www.thpmp.org/sco-member](http://www.thpmp.org/sco-member)**.



1 Wellness Way  
Canton, MA 02021