



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 12

Este formulario se actualizó el 1 de julio 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**.

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.

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	66

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 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.



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 pagsasalina 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.



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 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.



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.
- 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.



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 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 66. 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.



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.



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.



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 66. 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.



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.



Tabla de contenidos

Agentes antiinfecciosos.....	2
Agentes antineoplásicos	9
Agentes de piel y membranas mucosas.....	15
Agentes del sistema nervioso central	15
Agentes del tracto respiratorio	26
Agentes para la piel y las membranas mucosas	28
Agentes terapéuticos variados.....	28
Agentes terapéuticos varios.....	30
Anestésicos locales	34
Antagonistas de metales pesados.....	34
Antihistamínicos	34
Antitoxinas, inmunoglobulinas, toxoides y vacunas	34
Blood Formation,Coagulation & Thrombosis	36
Cardiovascular Drugs	37
Central Nervous System Agents	39
Componentes dorados	39
Enzimas	39
Equilibrio de agua, electrolítico y calórico	39
Hormonas y sustitutos sintéticos.....	42
Hormones and Synthetic Substitutes	49
Medicamentos autónomos.....	50
Medicamentos cardiovasculares	52
Medicamentos gastrointestinales	55
Preparaciones para ojos, oídos, nariz y garganta	57
Recursos	60
Relajantes musculares suaves	60
Skin and Mucous Membrane Preparations	61
Vitamina	65
Vitaminas	65

ID de formulario: 24521, Versión: 12, Fecha efectiva: 07/01/2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
Agentes antiinfecciosos		
Antibacterianos		
<i>amikacin sulfate inj 1gm/4ml, 500mg/2ml</i>	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 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: 12, Fecha efectiva: 07/01/2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>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	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	
<i>erythromycin cpep 250mg</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	

ID de formulario: 24521, Versión: 12, Fecha efectiva: 07/01/2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>linezolid tabs</i>	1	
<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>mondoxyne 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, tbec</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 1.25gm, 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: 12, Fecha efectiva: 07/01/2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
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
Antihelmínticos		
<i>albendazole tabs</i>	1	NEDS
<i>ivermectin tabs 3mg</i>	1	
<i>praziquantel tabs</i>	1	
Antiinfecciosos urinarios		
<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	
Antimicobacterianos		
<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	
Antimicóticos		
ABELCET	1	PA
<i>amphotericin b liposome</i>	1	PA; NEDS
<i>amphotericin b inj</i>	1	PA
<i>caspofungin acetate inj 70mg</i>	1	
<i>caspofungin acetate inj 50mg</i>	1	NEDS
<i>fluconazole in sodium chloride</i>	1	
<i>fluconazole susr, 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>ketconazole 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: 12, Fecha efectiva: 07/01/2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>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
Antiprotozoarios		
<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	
<i>quinine sulfate caps 324mg</i>	1	PA
SOLOSEC	1	
<i>tinidazole tabs</i>	1	
Antivirales		
<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: 12, Fecha efectiva: 07/01/2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
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: 12, Fecha efectiva: 07/01/2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>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: 12, Fecha efectiva: 07/01/2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>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	
Agentes antineoplásicos		
<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: 12, Fecha efectiva: 07/01/2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
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
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
GAVRETO	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty

ID de formulario: 24521, Versión: 12, Fecha efectiva: 07/01/2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>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
LENVIMA 12MG DAILY DOSE	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty

ID de formulario: 24521, Versión: 12, Fecha efectiva: 07/01/2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
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
OJJAARA	1	PA NSO; NEDS

ID de formulario: 24521, Versión: 12, Fecha efectiva: 07/01/2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
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	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
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
SCEMBLIX	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
<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
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

ID de formulario: 24521, Versión: 12, Fecha efectiva: 07/01/2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
TABRECTA	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
TAFINLAR TBSO	1	PA NSO; NEDS
TAFINLAR CAPS	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
TAGRISSE	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
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

ID de formulario: 24521, Versión: 12, Fecha efectiva: 07/01/2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
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
Agentes de piel y membranas mucosas		
<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>Antiinfecciosos</i>		
<i>clindamycin phosphate gel 1%</i>	1	
<i>klayesta</i>	1	
<i>naftifine hydrochloride gel 1%</i>	1	
<i>Antipruriginosos y Anestésicos Locales</i>		
<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	
Agentes del sistema nervioso central		

ID de formulario: 24521, Versión: 12, Fecha efectiva: 07/01/2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
Agentes anorexígenos y estimulantes respiratorios y del sistema nervioso central (CNS)		
<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
Agentes antiyaquecosos		
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	
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	
Agentes antimaníacos		

ID de formulario: 24521, Versión: 12, Fecha efectiva: 07/01/2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>lithium</i>	1	
<i>lithium carbonate er</i>	1	
<i>lithium carbonate caps, tabs</i>	1	
Agentes antiparkinsonianos		
<i>amantadine hcl caps, soln, tabs</i>	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	
Agentes de fibromialgia		
SAVELLA	1	
SAVELLA TITRATION PACK	1	
Agentes del sistema nervioso central, varios		
<i>acamprosate calcium dr</i>	1	
<i>atomoxetine hydrochloride caps 10mg, 25mg</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	

ID de formulario: 24521, Versión: 12, Fecha efectiva: 07/01/2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
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
Agentes psicoterapéuticos		
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	
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	

ID de formulario: 24521, Versión: 12, Fecha efectiva: 07/01/2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>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, inj</i>	1	
<i>fluphenazine hcl tabs 1mg</i>	1	
<i>fluphenazine hydrochloride elix</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
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	

ID de formulario: 24521, Versión: 12, Fecha efectiva: 07/01/2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>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
<i>risperidone odt</i>	1	
SECUADO	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	

ID de formulario: 24521, Versión: 12, Fecha efectiva: 07/01/2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>trifluoperazine hydrochloride tabs 1mg</i>	1	
<i>trimipramine maleate caps</i>	1	
TRINTELLIX	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	
VERSACLOZ	1	NEDS
VIIBRYD STARTER PACK	1	
<i>vilazodone hydrochloride</i>	1	
VRAYLAR CPPK	1	
VRAYLAR CAPS	1	NEDS
<i>ziprasidone hcl</i>	1	
<i>ziprasidone mesylate</i>	1	
ZURZUVAE CAPS 30MG	1	QL(14 EA por 14 días); PA NSO; NEDS
ZURZUVAE CAPS 20MG, 25MG	1	QL(28 EA por 14 días); PA NSO; NEDS
ZYPREXA RELPREVV INJ 210MG	1	
ZYPREXA RELPREVV INJ 300MG, 405MG	1	NEDS
Analgésicos y antipiréticos		
<i>acetaminophen/codeine tabs</i>	1	QL(240 EA por 30 días)
<i>acetaminophen/codeine soln</i>	1	QL(3600 ML por 30 días)
BELBUCA	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)
<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	

ID de formulario: 24521, Versión: 12, Fecha efectiva: 07/01/2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>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	
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)

ID de formulario: 24521, Versión: 12, Fecha efectiva: 07/01/2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>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 sodium cr</i>	1	
<i>naproxen sodium er tb24 375mg</i>	1	
<i>naproxen sodium er tb24 500mg</i>	1	NEDS
<i>naproxen sodium tabs 275mg, 550mg</i>	1	
<i>naproxen sodium tb24 750mg</i>	1	
<i>naproxen susp, tbc</i>	1	
<i>naproxen tabs 250mg, 375mg, 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 hydrochlorideer</i>	1	QL(60 EA por 30 días)
<i>piroxicam caps</i>	1	
<i>pregabalin er</i>	1	
<i>salsalate tabs</i>	1	
SUBSYS	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)
Ansiolíticos, sedantes e hipnóticos		
<i>alprazolam er</i>	1	
<i>alprazolam odt</i>	1	
<i>alprazolam tabs</i>	1	

ID de formulario: 24521, Versión: 12, Fecha efectiva: 07/01/2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
BELSOMRA	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	
DAYVIGO	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	
HETLIOZ LQ	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	
Anticonvulsivos		
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	

ID de formulario: 24521, Versión: 12, Fecha efectiva: 07/01/2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>divalproex sodium dr</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	
<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	

ID de formulario: 24521, Versión: 12, Fecha efectiva: 07/01/2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>tiagabine hydrochloride</i>	1	
<i>topiramate er cs24</i>	1	
<i>topiramate csp, 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
<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
<i>Inhibidores del transportador vesicular de monoaminas 2 (VMAT2)</i>		
AUSTEDO	1	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
INGREZZA	1	PA; NEDS
<i>tetrabenazine</i>	1	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
Agentes del tracto respiratorio		
<i>Agentes antifibróticos</i>		
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

ID de formulario: 24521, Versión: 12, Fecha efectiva: 07/01/2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>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
Agentes antiinflamatorios		
<i>cromolyn sodium conc 100mg/5ml</i>	1	
<i>cromolyn sodium nebu 20mg/2ml</i>	1	PA BvD
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
NUCALA INJ 100MG/ML	1	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
<i>zafirlukast</i>	1	
<i>zileuton er</i>	1	NEDS
Agentes del tracto respiratorio, varios		
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
Agentes mucolíticos		
PULMOZYME	1	PA BvD; NEDS; SP-Optum Specialty
Agentes vasodilatadores		
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

ID de formulario: 24521, Versión: 12, Fecha efectiva: 07/01/2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
TRACLEER TBSO	1	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
UPTRAVI TITRATION PACK	1	PA; NEDS
UPTRAVI TABS	1	PA; NEDS
VENTAVIS	1	PA; NEDS
<i>Inhibidores de la fosfodiesterasa tipo 4</i>		
<i>roflumilast</i>	1	
<i>Moduladores del regulador de la conductancia transmembrana de la fibrosis quística</i>		
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
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
Agentes para la piel y las membranas mucosas		
<i>Estimulantes y proliferantes celulares</i>		
RETIN-A MICRO	1	PA
<i>tretinoin microsphere gel 0.08%</i>	1	PA
Agentes terapéuticos variados		
<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

ID de formulario: 24521, Versión: 12, Fecha efectiva: 07/01/2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
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.
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

ID de formulario: 24521, Versión: 12, Fecha efectiva: 07/01/2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
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 TBPK	1	QL(110 EA por 365 días); PA; NEDS
OTEZLA TABS	1	QL(60 EA por 30 días); PA; NEDS
RASUVO INJ 10MG/0.2ML, 12.5MG/0.25ML, 15MG/0.3ML, 17.5MG/0.35ML, 20MG/0.4ML, 22.5MG/0.45ML, 25MG/0.5ML, 30MG/0.6ML, 7.5MG/0.15ML	1	
RINVOQ	1	QL(30 EA por 30 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
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
Agentes terapéuticos varios		
<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 crea</i>	1	
<i>Agentes inmunomoduladores</i>		
ACTIMMUNE	1	NEDS; SP-Optum Specialty
AUBAGIO	1	NEDS; SP-Optum Specialty

ID de formulario: 24521, Versión: 12, Fecha efectiva: 07/01/2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
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
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
<i>Agentes inmunosupresores</i>		

ID de formulario: 24521, Versión: 12, Fecha efectiva: 07/01/2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>azathioprine tabs</i>	1	PA BvD
BENLYSTA INJ 200MG/ML	1	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
<i>cyclosporine modified</i>	1	PA BvD
<i>cyclosporine caps 100mg, 25mg</i>	1	PA BvD
ENVARUSUS 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
Agentes protectores		
MESNEX TABS	1	NEDS
Antídotos		
<i>acetylcysteine soln</i>	1	PA BvD
<i>leucovorin calcium tabs</i>	1	
Disuasivos de alcohol		
<i>disulfiram tabs</i>	1	
Inhibidores de la 5-alfa-reductasa		
<i>dutasteride/tamsulosin hydrochloride</i>	1	
<i>dutasteride caps</i>	1	
<i>finasteride tabs</i>	1	
Inhibidores de la anhidrasa carbónica		
<i>dichlorphenamide</i>	1	PA; NEDS
Inhibidores de la resorción ósea		
<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	
Inhibidores del sistema caliceína-cinina		
BERINERT	1	PA; NEDS
CINRYZE	1	PA; NEDS
HAEGARDA	1	PA; NEDS; SP-Optum Specialty

ID de formulario: 24521, Versión: 12, Fecha efectiva: 07/01/2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>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
<i>Oligonucleótidos antisentido</i>		
TEGSEDI	1	QL(6 ML por 30 días); PA; NEDS
<i>Otros agentes terapéuticos varios</i>		
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
FIRDAPSE	1	PA; NEDS
GALAFOLD	1	PA; 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 tbec</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

ID de formulario: 24521, Versión: 12, Fecha efectiva: 07/01/2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
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
yargesa	1	PA; NEDS
Anestésicos locales		
<i>Anestésicos locales</i>		
lidocaine hcl inj 0.5%, 1.5%, 2%, 4%	1	
lidocaine hydrochloride inj 1%, 2%	1	
Antagonistas de metales pesados		
<i>Antagonistas de metales pesados</i>		
CHEMET	1	
deferasirox pack	1	NEDS; SP-Optum Specialty
deferasirox tabs 180mg, 360mg	1	NEDS; SP-Optum Specialty
deferasirox tabs 90mg	1	SP-Optum Specialty
deferasirox tbso 250mg, 500mg	1	NEDS; SP-Optum Specialty
deferasirox tbso 125mg	1	SP-Optum Specialty
deferiprone	1	NEDS
penicillamine tabs	1	
penicillamine caps	1	NEDS
trientine hydrochloride	1	NEDS
Antihistamínicos		
<i>Antihistamínicos de primera generación</i>		
cyproheptadine hcl syrp	1	
cyproheptadine hydrochloride tabs	1	
diphenhydramine hydrochloride inj	1	
promethazine hcl inj	1	
promethazine hcl tabs 12.5mg	1	
promethazine hydrochloride plain	1	
promethazine hydrochloride tabs 25mg, 50mg	1	
<i>Antihistamínicos de segunda generación</i>		
desloratadine	1	
desloratadine odt	1	
levocetirizine dihydrochloride tabs	1	
Antitoxinas, inmunoglobulinas, toxoides y vacunas		
<i>Antitoxinas y inmunoglobulinas</i>		
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

ID de formulario: 24521, Versión: 12, Fecha efectiva: 07/01/2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
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	
Toxoides		
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	
<i>tdvax</i>	1	
TENIVAC	1	
Vacunas		
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	
PEDIARIX INJ 25LFU/0.5ML; 10MCG/0.5ML; 58MCG/0.5ML; 0; 10LFU/0.5ML	1	
PEDVAX HIB INJ 7.5MCG/0.5ML	1	

ID de formulario: 24521, Versión: 12, Fecha efectiva: 07/01/2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
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	
YF-VAX	1	
Blood Formation, Coagulation & Thrombosis		
<i>Antihemorrhagic Agents</i>		
<i>aminocaproic acid</i>	1	
<i>tranexamic acid</i>	1	
<i>Antithrombotic Agents</i>		
<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, 18000UNIT/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</i>	1	
<i>warfarin sodium</i>	1	

ID de formulario: 24521, Versión: 12, Fecha efectiva: 07/01/2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
XARELTO	1	
XARELTO STARTER PACK	1	
<i>Blood Formation, Coagulation, and Thrombosis Agents Misc.</i>		
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
<i>Hematopoietic Agents</i>		
DOPTELET	1	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
MOZOBIL	1	NEDS
NEULASTA	1	NEDS; SP-Optum Specialty
NEULASTA ONPRO KIT	1	NEDS
<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
<i>Hemorrhologic Agents</i>		
<i>pentoxifylline er</i>	1	
Cardiovascular Drugs		
<i>alpha-Adrenergic Blocking Agents</i>		
CARDURA XL	1	
<i>doxazosin mesylate</i>	1	
<i>prazosin hydrochloride</i>	1	
<i>terazosin hcl</i>	1	

ID de formulario: 24521, Versión: 12, Fecha efectiva: 07/01/2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>terazosin hydrochloride</i>	1	
<i>beta-Adrenergic Blocking Agents</i>		
<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	
<i>labetalol hydrochloride</i>	1	
<i>metoprolol succinate er</i>	1	
<i>metoprolol tartrate</i>	1	
<i>metoprolol/hydrochlorothiazide</i>	1	
<i>nadolol</i>	1	
<i>nebivolol hydrochloride</i>	1	
<i>pindolol</i>	1	
<i>propranolol hcl</i>	1	
<i>propranolol hcl er</i>	1	
<i>propranolol hydrochloride</i>	1	
<i>propranolol hydrochloride er</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	
<i>Hypotensive Agents</i>		
<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	
<i>Vasodilating Agents</i>		
<i>alyq</i>	1	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
<i>dipyridamole</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</i>	1	PA; SP-Optum Specialty

ID de formulario: 24521, Versión: 12, Fecha efectiva: 07/01/2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>tadalafil tabs 20mg</i>	1	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
<i>tadalafil tabs 2.5mg, 5mg</i>	1	QL(30 EA por 30 días); PA
VERQUVO	1	
Central Nervous System Agents		
<i>Opiate Antagonists</i>		
<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
Componentes dorados		
<i>Componentes dorados</i>		
RIDAURA	1	NEDS
Enzimas		
<i>Enzimas</i>		
REVCovi	1	NEDS
SUCRAID	1	NEDS
Equilibrio de agua, electrolítico y calórico		
<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

ID de formulario: 24521, Versión: 12, Fecha efectiva: 07/01/2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
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
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

ID de formulario: 24521, Versión: 12, Fecha efectiva: 07/01/2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
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
Agentes desionizantes		
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	
Agentes uricosúricos		
<i>probenecid/colchicine</i>	1	
<i>probenecid tabs</i>	1	
Desintoxicantes de amoníaco		
<i>carglumic acid</i>	1	PA; NEDS
<i>constulose</i>	1	
<i>enulose</i>	1	
<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
Diuréticos		
<i>amiloride hcl tabs</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	
Preparaciones de reemplazo		
<i>calcium acetate caps</i>	1	
<i>calcium acetate tabs 667mg</i>	1	
<i>dextrose 10%/sodium chloride 0.2%</i>	1	

ID de formulario: 24521, Versión: 12, Fecha efectiva: 07/01/2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>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>effer-k tbeF 25meq</i>	1	
<i>k-prime</i>	1	
<i>kcl 0.075%/d5w/nacl 0.45% inj 5%; 10meq/l; 0.45%</i>	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	
<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	
Soluciones para irrigación		
<i>acetic acid 0.25%</i>	1	
<i>sodium chloride 0.9%</i>	1	
<i>sterile water for irrigation</i>	1	
Hormonas y sustitutos sintéticos		
Adrenales		
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

ID de formulario: 24521, Versión: 12, Fecha efectiva: 07/01/2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>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 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
<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 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 acetate inj 40mg/ml</i>	1	
Agentes antidiabéticos		

ID de formulario: 24521, Versión: 12, Fecha efectiva: 07/01/2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>acarbose tabs</i>	1	
BYDUREON BCISE	1	PA
BYETTA	1	PA
CYCLOSET	1	
FARXIGA	1	
<i>glimepiride</i>	1	
<i>glipizide er</i>	1	
<i>glipizide/metformin hydrochloride</i>	1	
<i>glipizide tabs 10mg, 5mg</i>	1	
<i>glyburide micronized</i>	1	
<i>glyburide/metformin hydrochloride</i>	1	
<i>glyburide tabs 1.25mg, 2.5mg, 5mg</i>	1	
GLYXAMBI	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	
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

ID de formulario: 24521, Versión: 12, Fecha efectiva: 07/01/2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>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
XIGDUO XR	1	
Agentes antihipoglucémicos		
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	
Agentes paratiroideos y antiparatiroideos		
<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
Agentes tiroideos y antitiroideos		

ID de formulario: 24521, Versión: 12, Fecha efectiva: 07/01/2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
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	
<i>unithroid</i>	1	
<i>Agonistas y antagonistas de la somatoliberina</i>		
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 FLEXPPO	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

ID de formulario: 24521, Versión: 12, Fecha efectiva: 07/01/2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
SOMAVERT	1	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
ZORBTIVE	1	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
Agonistas y antagonistas de la somatostatina		
<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
Andrógenos		
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	
Anticonceptivos		
<i>amethia</i>	1	
<i>apri</i>	1	
<i>ashlyna</i>	1	
<i>aviane</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	

ID de formulario: 24521, Versión: 12, Fecha efectiva: 07/01/2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>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	
LO LOESTRIN FE	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	
<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 & 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	
Gonadotropinas y antigonadotropinas		

ID de formulario: 24521, Versión: 12, Fecha efectiva: 07/01/2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
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
<i>Pituitaria</i>		
CORTROPHIN	1	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
<i>desmopressin acetate tabs</i>	1	
<i>desmopressin acetate soln 0.01%</i>	1	
<i>Progestinas</i>		
DEPO-SUBQ PROVERA 104	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	
Hormones and Synthetic Substitutes		
<i>Estrogens and Antiestrogens</i>		
<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	

ID de formulario: 24521, Versión: 12, Fecha efectiva: 07/01/2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
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	
<i>tamoxifen citrate</i>	1	
<i>toremifene citrate</i>	1	
<i>yuvafem</i>	1	
Medicamentos autónomos		
<i>Agentes anticolinérgicos</i>		
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
<i>Agentes parasimpaticomiméticos (colinérgicos)</i>		
<i>bethanechol chloride tabs</i>	1	
<i>cevimeline hydrochloride</i>	1	
<i>donepezil hcl tbdp</i>	1	

ID de formulario: 24521, Versión: 12, Fecha efectiva: 07/01/2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>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	
Agentes simpaticolíticos (bloqueo adrenérgico)		
<i>alfuzosin hcl er</i>	1	
<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	
Agentes simpaticomiméticos (adrenérgicos)		
<i>albuterol sulfate hfa aers 108mcg/act</i>	1	QL(108 GM por 90 días)
<i>albuterol sulfate hfa aers 108mcg/act</i>	1	QL(40.2 GM por 90 días)
<i>albuterol sulfate hfa aers 108mcg/act</i>	1	QL(51 GM por 90 días)
<i>albuterol sulfate 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)
Medicamentos autónomos, varios		

ID de formulario: 24521, Versión: 12, Fecha efectiva: 07/01/2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
NICOTROL INHALER	1	
NICOTROL NS	1	
<i>varenicline starting month box</i>	1	QL(53 EA por 28 días)
<i>varenicline tartrate</i>	1	QL(60 EA por 30 días)
Relajantes musculares esqueléticos		
<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	
<i>tizanidine hcl tabs 2mg</i>	1	
<i>tizanidine hydrochloride caps 2mg, 6mg</i>	1	
<i>tizanidine hydrochloride tabs 4mg</i>	1	
Medicamentos cardiovasculares		
Agentes antilipémicos		
<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	

ID de formulario: 24521, Versión: 12, Fecha efectiva: 07/01/2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>simvastatin tabs</i>	1	
VASCEPA	1	
Agentes bloqueantes de los canales del calcio		
<i>amlodipine besylate/atorvastatin calcium</i>	1	
<i>amlodipine besylate/benazepril hydrochloride</i>	1	
<i>amlodipine besylate/valsartan</i>	1	
<i>amlodipine besylate tabs</i>	1	
<i>amlodipine/olmesartan medoxomil</i>	1	
<i>amlodipine/valsartan/hydrochlorothiazide tabs 10mg; 12.5mg; 160mg, 10mg; 25mg; 160mg, 5mg; 12.5mg; 160mg, 5mg; 25mg; 160mg</i>	1	
<i>cartia xt</i>	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 cp24</i>	1	
<i>diltiazem hydrochloride er tb24 120mg, 180mg, 240mg, 300mg, 360mg</i>	1	
<i>diltiazem hydrochloride tabs 120mg</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 tbc 120mg, 240mg</i>	1	
<i>verapamil hcl sr cp24</i>	1	
<i>verapamil hcl tabs 40mg, 80mg</i>	1	
<i>verapamil hydrochloride er cp24 200mg</i>	1	
<i>verapamil hydrochloride er tbc 180mg</i>	1	
<i>verapamil hydrochloride tabs 120mg</i>	1	
Inhibidor del sistema renina-angiotensina-aldosterona		
<i>aliskiren</i>	1	
<i>benazepril hcl tabs 10mg, 40mg, 5mg</i>	1	

ID de formulario: 24521, Versión: 12, Fecha efectiva: 07/01/2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>benazepril hydrochloride/hydrochlorothiazide</i>	1	
<i>benazepril hydrochloride tabs 20mg</i>	1	
<i>candesartan cilexetil</i>	1	
<i>candesartan cilexetil/hydrochlorothiazide</i>	1	
<i>captopril tabs</i>	1	
<i>enalapril maleate/hydrochlorothiazide</i>	1	
<i>enalapril maleate tabs</i>	1	
ENTRESTO	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	
KERENDIA	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	
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	
Medicamentos cardíacos		
<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	

ID de formulario: 24521, Versión: 12, Fecha efectiva: 07/01/2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>flecainide acetate</i>	1	
<i>mexiletine hcl</i>	1	
MULTAQ	1	
NORPACE CR	1	
<i>propafenone hcl</i>	1	
<i>propafenone hydrochloride er</i>	1	
<i>quinidine gluconate cr</i>	1	
<i>quinidine sulfate tabs</i>	1	
<i>ranolazine er</i>	1	
Medicamentos gastrointestinales		
Agentes antidiarreicos		
<i>loperamide hcl caps</i>	1	
<i>opium</i>	1	
<i>opium tincture tinc 1%</i>	1	
XERMELO	1	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
Agentes antiinflamatorios		
<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	
Agentes antiulcerosos y supresores de ácido		
<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>sucralfate susp, tabs</i>	1	
Agentes colestolíticos		
<i>ursodiol caps 200mg, 300mg</i>	1	
<i>ursodiol tabs</i>	1	
Agentes procinéticos		

ID de formulario: 24521, Versión: 12, Fecha efectiva: 07/01/2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>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	
Antieméticos		
<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</i>	1	PA BvD
<i>scopolamine</i>	1	
Catárticos y laxantes		
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	
Digestivos		
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	
Medicamentos GI, varios		
BYLVAY	1	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
BYLVAY (PELLETS)	1	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
CHOLBAM	1	PA; NEDS
GATTEX	1	PA; NEDS

ID de formulario: 24521, Versión: 12, Fecha efectiva: 07/01/2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
LINZESS	1	
LIVMARLI	1	PA; NEDS
<i>lubiprostone</i>	1	
MOVANTIK	1	
RELISTOR	1	NEDS
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
Preparaciones para ojos, oídos, nariz y garganta		
Agentes antialérgicos		
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	
Agentes antiglaucoma		
<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	

ID de formulario: 24521, Versión: 12, Fecha efectiva: 07/01/2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
RHOPRESSA	1	
ROCKLATAN	1	
SIMBRINZA	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	
VYZULTA	1	
Agentes antiinflamatorios		
ALREX	1	
<i>bromfenac</i>	1	
<i>bromfenac sodium soln 0.07%, 0.075%</i>	1	
BROMSITE	1	
<i>ciprofloxacin/dexamethasone</i>	1	
CORTISPORIN-TC	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	
FLAREX	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)
FML	1	
FML FORTE	1	
<i>hydrocortisone/acetic acid</i>	1	
ILEVRO	1	
INVELTYS	1	
<i>ketorolac tromethamine</i>	1	
LOTEMAX OINT	1	
<i>loteprednol etabonate</i>	1	
MAXIDEX SUSP	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	
PRED MILD	1	
<i>prednisolone acetate</i>	1	
<i>prednisolone sodium phosphate ophthalmic soln 1%</i>	1	

ID de formulario: 24521, Versión: 12, Fecha efectiva: 07/01/2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
PROLENSA	1	
RESTASIS	1	
RESTASIS MULTIDOSE	1	
<i>sulfacetamide sodium/prednisolone sodium phosphate</i>	1	
TOBRADEX ST	1	
TOBRADEX OINT	1	
<i>tobramycin/dexamethasone</i>	1	
ZYLET	1	
Anestésicos locales		
<i>lidocaine hydrochloride viscous</i>	1	
<i>lidocaine viscous</i>	1	
Antiinfecciosos		
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	
XDEMVY	1	PA; NEDS
ZIRGAN	1	
Medicamentos para OONG, varios		
<i>acetic acid</i>	1	
<i>apraclonidine</i>	1	
CYSTARAN	1	
OXERVATE	1	PA; NEDS

ID de formulario: 24521, Versión: 12, Fecha efectiva: 07/01/2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
Midriáticos		
<i>atropine sulfate soln 1%</i>	1	
<i>cyclopentolate hcl soln 2%</i>	1	
<i>cyclopentolate hydrochloride soln</i>	1	
Recursos		
Recursos		
<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 G6 INTRO KIT (GEN 5)	1	
OMNIPOD 5 G6 PODS (GEN 5)	1	
OMNIPOD 5 G7 INTRO KIT (GEN 5)	1	
OMNIPOD 5 G7 PODS (GEN 5)	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	
Relajantes musculares suaves		
Relajantes musculares suaves genitourinarios		
<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: 12, Fecha efectiva: 07/01/2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
MYRBETRIQ	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	
Relajantes musculares suaves respiratorios		
<i>elixophyllin</i>	1	
<i>theophylline er tb12, tb24</i>	1	
<i>theophylline elix</i>	1	
Skin and Mucous Membrane Preparations		
Anti-infectives		
<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: 12, Fecha efectiva: 07/01/2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>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	
Anti-inflammatory Agents		
<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: 12, Fecha efectiva: 07/01/2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>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>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 acetamide dental paste</i>	1	
<i>triamcinolone acetamide aers 0.147mg/gm</i>	1	
<i>triamcinolone acetamide crea 0.025%, 0.1%, 0.5%</i>	1	
<i>triamcinolone acetamide lotn 0.025%, 0.1%</i>	1	
<i>triamcinolone acetamide oint 0.025%, 0.05%, 0.1%, 0.5%</i>	1	

ID de formulario: 24521, Versión: 12, Fecha efectiva: 07/01/2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
TRIANEX	1	
<i>triderm</i>	1	
TRITOCIN	1	
UCERIS	1	
<i>Antipruritics and Local Anesthetics</i>		
<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)
<i>Cell Stimulants and Proliferants</i>		
<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
<i>Emollients, Demulcents, and Protectants</i>		
<i>ammonium lactate</i>	1	
<i>Skin and Mucous Membrane Agents, Misc</i>		
<i>accutane</i>	1	
<i>acitretin</i>	1	
<i>adapalene</i>	1	PA
<i>amnestem</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
<i>pimecrolimus</i>	1	

ID de formulario: 24521, Versión: 12, Fecha efectiva: 07/01/2024

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>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</i>	1	PA
TAZORAC	1	PA
VALCHLOR	1	NEDS; SP-Optum Specialty
WINLEVI	1	PA
ZENATANE	1	
Vitamina		
<i>Preparaciones multivitamínicas</i>		
<i>prenatal</i>	1	
Vitaminas		
<i>Complejo de Vitamina B</i>		
<i>niacin tabs 500mg</i>	1	
<i>niacor</i>	1	
<i>Vitamina D</i>		
<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: 12, Fecha efectiva: 07/01/2024

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

Índice de Drogas

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>abacavir</i>	6	<i>aliskiren</i>	53
<i>abacavir sulfate/lamivudine</i>	6	<i>allopurinol</i>	30
<i>abacavir sulfate/lamivudine/zidovudine</i>	6	<i>almotriptan</i>	16
ABELCET	5	ALOCRIL	57
ABILIFY ASIMTUFII	18	ALOMIDE	57
ABILIFY MAINTENA	18	<i>alose tron hydrochloride</i>	55
ABILIFY MYCITE	18	ALPHAGAN P	57
ABILIFY MYCITE MAINTENANCE KIT	18	<i>alprazolam</i>	23
ABILIFY MYCITE STARTER KIT	18	<i>alprazolam er</i>	23
<i>abiraterone acetate</i>	9	<i>alprazolam odt</i>	23
ABRYSVO	35	ALREX	58
<i>acamprosate calcium dr</i>	17	ALUNBRIG	9
<i>acarbose</i>	44	<i>alyq</i>	38
<i>accutane</i>	64	<i>amabelz</i>	49
<i>acebutolol hydrochloride</i>	38	<i>amantadine hcl</i>	17
<i>acetaminophen/codeine</i>	21	<i>ambrisentan</i>	27
<i>acetazolamide</i>	57	<i>amcinonide</i>	62
<i>acetazolamide er</i>	57	<i>amethia</i>	47
<i>acetic acid</i>	59	<i>amikacin sulfate</i>	2
<i>acetic acid 0.25%</i>	42	<i>amiloride hcl</i>	41
<i>acetylcysteine</i>	32	<i>amiloride/hydrochlorothiazide</i>	41
<i>acitretin</i>	64	<i>aminocaproic acid</i>	36
ACTHIB	35	AMINOSYN II	39
ACTIMMUNE	30	AMINOSYN-PF 7%	39
<i>acyclovir</i>	6	<i>amiodarone hydrochloride</i>	54
<i>acyclovir</i>	61	<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>	64	<i>amlodipine besylate/atorvastatin calcium</i>	53
<i>adefovir dipivoxil</i>	6	<i>amlodipine besylate/benazepril hydrochloride</i>	53
ADEMPAS	27	<i>amlodipine besylate/valsartan</i>	53
ADTHYZA	46	<i>amlodipine/olmesartan medoxomil</i>	53
AIMOVIG	16	<i>amlodipine/valsartan/hydrochlorothiazide</i>	53
AKEEGA	9	<i>ammonium lactate</i>	64
<i>ala-cort</i>	62	<i>amnesteem</i>	64
<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>	62	<i>amoxicillin/clavulanate potassium er</i>	2
<i>alcohol prep pads</i>	60	<i>amphetamine/dextroamphetamine</i>	16
ALECENSA	9	<i>amphotericin b</i>	5
<i>alendronate sodium</i>	32	<i>amphotericin b liposome</i>	5
<i>alfuzosin hcl er</i>	51	<i>ampicillin</i>	2
		<i>ampicillin sodium</i>	2
		<i>ampicillin/sulbactam</i>	2

ID de formulario: 24521, Versión: 12, Fecha efectiva: 07/01/2024

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

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>ampicillin-sulbactam</i>	2	AYVAKIT	9
<i>anagrelide hydrochloride</i>	36	AZASITE	59
<i>anastrozole</i>	49	<i>azathioprine</i>	32
ANORO ELLIPTA	50	<i>azelaic acid</i>	64
APLENZIN	18	<i>azelastine hcl</i>	57
<i>apraclonidine</i>	59	<i>azelastine hydrochloride</i>	57
<i>aprepitant</i>	56	AZELEX	64
<i>apri</i>	47	<i>azithromycin</i>	2
APTIOM	24	<i>aztreonam</i>	2
APTIVUS	6	<i>bacitracin</i>	59
ARCALYST	33	<i>bacitracin/polymyxin b</i>	59
AREXVY	35	<i>baclofen</i>	52
<i>arformoterol tartrate</i>	51	BAFIERTAM	31
ARIKAYCE	2	<i>balsalazide disodium</i>	55
<i>aripiprazole</i>	18	BALVERSA	9
<i>aripiprazole odt</i>	18	<i>balziva</i>	47
ARISTADA	18	BAQSIMI ONE PACK	45
ARISTADA INITIO	18	BAQSIMI TWO PACK	45
<i>armodafinil</i>	16	BAXDELA	2
ARMOUR THYROID	46	BCG VACCINE	35
<i>asenapine maleate sl</i>	18	<i>bd insulin syringe safetyglide/1ml/29g x</i>	60
<i>ashlyna</i>	47	<i>1/2"</i>	
<i>aspirin/dipyridamole er</i>	36	<i>b-d insulin syringe ultrafine ii/0.3ml/31g x</i>	60
<i>atazanavir</i>	6	<i>5/16"</i>	
<i>atazanavir sulfate</i>	6	<i>bd insulin syringe ultra-fine/0.5ml/30g x</i>	60
<i>atenolol</i>	38	<i>12.7mm</i>	
<i>atenolol/chlorthalidone</i>	38	<i>bd insulin syringe ultra-fine/1ml/31g x 8mm</i>	60
<i>atomoxetine</i>	17	<i>bd insulin syringe/u-100/1ml/27g x 1/2"</i>	60
<i>atomoxetine hydrochloride</i>	17	<i>bd insulin syringe/u-500/0.5ml/31g x 6mm</i>	60
<i>atorvastatin calcium</i>	52	<i>bd pen needle/original/ultra-fine/29g x</i>	60
<i>atovaquone</i>	6	<i>12.7mm</i>	
<i>atovaquone/proguanil hcl</i>	6	BELBUCA	21
<i>atropine sulfate</i>	60	BELSOMRA	24
ATROVENT HFA	50	<i>benazepril hcl</i>	53
AUBAGIO	30	<i>benazepril hydrochloride</i>	54
AUGMENTIN	2	<i>benazepril</i>	54
AUGTYRO	9	<i>hydrochloride/hydrochlorothiazide</i>	
AURYXIA	41	BENLYSTA	32
AUSTEDO	26	BENZNIDAZOLE	6
AUVELITY	18	<i>benztropine mesylate</i>	17
AVEED	47	<i>bepotastine besilate</i>	57
<i>aviane</i>	47	BERINERT	32
<i>avita</i>	64	BESIVANCE	59
AVONEX	31	BESREMI	9
AVONEX PEN	31	<i>betaine anhydrous</i>	33
AVYCAZ	2	<i>betamethasone dipropionate</i>	62

ID de formulario: 24521, Versión: 12, Fecha efectiva: 07/01/2024

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

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>betamethasone dipropionate augmented</i>	62	<i>bumetanide</i>	41
<i>betamethasone valerate</i>	62	<i>buprenorphine</i>	21
BETASERON	31	<i>buprenorphine hcl</i>	21
<i>betaxolol hcl</i>	38	<i>buprenorphine hcl/naloxone hcl</i>	21
<i>betaxolol hcl</i>	57	<i>buprenorphine hydrochloride/naloxone</i>	21
<i>bethanechol chloride</i>	50	<i>hydrochloride</i>	
BETIMOL	57	<i>bupropion hcl</i>	18
BETOPTIC-S	57	<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>	64	<i>bupirone hcl</i>	24
BEXSERO	35	<i>bupirone hydrochloride</i>	24
<i>bicalutamide</i>	9	<i>butorphanol tartrate</i>	21
BICILLIN C-R	2	BYDUREON BCISE	44
BICILLIN L-A	2	BYETTA	44
BIKTARVY	6	BYLVAY	56
<i>bimatoprost</i>	57	BYLVAY (PELLETS)	56
<i>bismuth subcitrate</i>	55	<i>cabergoline</i>	17
<i>pot/metronidazole/tetracycline hydrochlo</i>		CABLIVI	36
<i>bisoprolol fumarate</i>	38	CABOMETYX	9
<i>bisoprolol fumarate/hydrochlorothiazide</i>	38	<i>calcipotriene</i>	64
BIVIGAM	34	<i>calcipotriene/betamethasone dipropionate</i>	62
BOOSTRIX	35	<i>calcitonin salmon</i>	45
<i>bortezomib</i>	9	<i>calcitonin-salmon</i>	45
<i>bosentan</i>	27	<i>calcitriol</i>	64
BOSULIF	9	<i>calcitriol</i>	65
BRAFTOVI	9	<i>calcium acetate</i>	41
BREO ELLIPTA	42	CALQUENCE	10
BREYNA	42	<i>camila</i>	47
BREZTRI AEROSPHERE	42	CAMZYOS	54
<i>briellyn</i>	47	<i>candesartan cilexetil</i>	54
BRILINTA	36	<i>candesartan cilexetil/hydrochlorothiazide</i>	54
<i>brimonidine tartrate</i>	57	CAPLYTA	18
<i>brimonidine tartrate/timolol maleate</i>	57	CAPRELSA	10
<i>brinzolamide</i>	57	<i>captopril</i>	54
BRIVIACT	24	<i>carbamazepine</i>	24
<i>bromfenac</i>	58	<i>carbamazepine er</i>	24
<i>bromfenac sodium</i>	58	<i>carbidopa</i>	17
<i>bromocriptine mesylate</i>	17	<i>carbidopa/levodopa</i>	17
BROMSITE	58	<i>carbidopa/levodopa er</i>	17
BRONCHITOL	27	<i>carbidopa/levodopa odt</i>	17
BRUKINSA	9	<i>carbidopa/levodopa/entacapone</i>	17
<i>budesonide</i>	43	CARDURA XL	37
<i>budesonide</i>	62	<i>carglumic acid</i>	41
<i>budesonide er</i>	42	<i>carteolol hcl</i>	57
<i>budesonide/formoterol fumarate dihydrate</i>	43	<i>cartia xt</i>	53

ID de formulario: 24521, Versión: 12, Fecha efectiva: 07/01/2024

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

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>carvedilol</i>	38	<i>cinacalcet hydrochloride</i>	45
<i>carvedilol phosphate er</i>	38	CINRYZE	32
<i>casprofungin acetate</i>	5	<i>ciprofloxacin</i>	3
CAYSTON	2	<i>ciprofloxacin</i>	59
<i>cefaclor</i>	2	<i>ciprofloxacin hcl</i>	3
<i>cefadroxil</i>	2	<i>ciprofloxacin hydrochloride</i>	3
<i>cefazolin</i>	2	<i>ciprofloxacin hydrochloride</i>	59
<i>cefazolin sodium</i>	2	<i>ciprofloxacin i.v.-in d5w</i>	3
<i>cefazolin sodium/dextrose</i>	2	<i>ciprofloxacin/dexamethasone</i>	58
<i>cefdinir</i>	2	<i>citalopram hydrobromide</i>	18
<i>cefepime</i>	2	<i>claravis</i>	64
<i>cefepime hydrochloride</i>	2	<i>clarithromycin</i>	3
<i>cefepime/dextrose</i>	2	<i>clarithromycin er</i>	3
<i>cefixime</i>	2	CLENPIQ	56
<i>cefotetan</i>	2	CLEOCIN	61
<i>cefoxitin sodium</i>	2	<i>clindacin</i>	61
<i>cefpodoxime proxetil</i>	2	<i>clindacin etz pledgets</i>	61
<i>cefprozil</i>	2	<i>clindacin-p</i>	61
<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>	15
<i>cefuroxime sodium</i>	3	<i>clindamycin phosphate</i>	61
<i>celecoxib</i>	21	<i>clindamycin phosphate/benzoyl peroxide</i>	61
CELONTIN	24	<i>clindamycin phosphate/dextrose</i>	3
<i>cephalexin</i>	3	<i>clindamycin/benzoyl peroxide</i>	61
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>	18	CLINIMIX 5%/DEXTROSE 20%	39
<i>chlorhexidine gluconate</i>	59	CLINIMIX 6/5	39
<i>chloroquine phosphate</i>	6	CLINIMIX 8/10	39
<i>chlorpromazine hcl</i>	18	CLINIMIX E 2.75%/DEXTROSE 5%	39
<i>chlorpromazine hydrochloride</i>	18	CLINIMIX E 4.25%/DEXTROSE 10%	40
<i>chlorthalidone</i>	41	CLINIMIX E 4.25%/DEXTROSE 5%	40
CHOLBAM	56	CLINIMIX E 5%/DEXTROSE 15%	40
<i>cholestyramine</i>	52	CLINIMIX E 5%/DEXTROSE 20%	40
<i>cholestyramine light</i>	52	CLINIMIX E 8/10	40
<i>ciclopirox</i>	61	CLINISOL SF 15%	40
<i>ciclopirox nail lacquer</i>	61	<i>clobazam</i>	24
<i>ciclopirox olamine</i>	61	<i>clobetasol propionate</i>	62
<i>cidofovir</i>	6	<i>clobetasol propionate e</i>	62
<i>cilostazol</i>	36	<i>clobetasol propionate emollient</i>	62
CIMDUO	6	<i>clocortolone pivalate</i>	63
<i>cimetidine</i>	55	<i>clodan</i>	63

ID de formulario: 24521, Versión: 12, Fecha efectiva: 07/01/2024

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

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>clomipramine hydrochloride</i>	18	<i>cyclosporine</i>	58
<i>clonazepam</i>	24	<i>cyclosporine modified</i>	32
<i>clonazepam odt</i>	24	<i>cyproheptadine hcl</i>	34
<i>clonidine</i>	38	<i>cyproheptadine hydrochloride</i>	34
<i>clonidine hydrochloride</i>	38	CYSTAGON	33
<i>clonidine hydrochloride er</i>	38	CYSTARAN	59
<i>clopidogrel</i>	36	<i>dabigatran etexilate</i>	36
<i>clorazepate dipotassium</i>	24	<i>dalfampridine er</i>	33
<i>clotrimazole</i>	61	DALVANCE	3
<i>clotrimazole/betamethasone dipropionate</i>	61	<i>danazol</i>	47
<i>clozapine</i>	18	<i>dantrolene sodium</i>	52
<i>clozapine odt</i>	18	<i>dapsone</i>	5
COARTEM	6	DAPTACEL	35
<i>codeine sulfate</i>	21	<i>daptomycin</i>	3
<i>colchicine</i>	30	<i>daptomycin/sodium chloride</i>	3
<i>colesevelam hydrochloride</i>	52	<i>darifenacin hydrobromide er</i>	60
<i>colestipol hcl</i>	52	<i>darunavir</i>	6
<i>colistimethate sodium</i>	3	DARZALEX	10
COMBIPATCH	49	DAURISMO	10
COMBIVENT RESPIMAT	51	DAYVIGO	24
COMETRIQ	10	<i>deblitane</i>	47
COMPLERA	6	<i>deferasirox</i>	34
CONDYLOX	64	<i>deferiprone</i>	34
<i>constulose</i>	41	DELSTRIGO	7
COPAXONE	31	<i>demeclocycline hcl</i>	3
COPIKTRA	10	DENGVAXIA	35
CORDRAN	63	DEPO-ESTRADIOL	49
CORLANOR	54	DEPO-MEDROL	43
CORTIFOAM	15	DEPO-SUBQ PROVERA 104	49
CORTISPORIN-TC	58	DESCOVY	7
CORTROPHIN	49	<i>desipramine hydrochloride</i>	18
COSENTYX	28	<i>desloratadine</i>	34
COSENTYX SENSOREADY PEN	28	<i>desloratadine odt</i>	34
COSENTYX UNOREADY	28	<i>desmopressin acetate</i>	49
COTELLIC	10	<i>desogestrel/ethinyl estradiol</i>	47
CREON	56	<i>desonide</i>	63
<i>cromolyn sodium</i>	27	<i>desoximetasone</i>	63
<i>cromolyn sodium</i>	57	DESRX	63
<i>curity gauze pads 2"x2" 12 ply</i>	60	<i>desvenlafaxine er</i>	19
CUVITRU	34	<i>dexamethasone</i>	43
<i>cyclobenzaprine hydrochloride</i>	52	<i>dexamethasone 10-day dose pack</i>	43
<i>cyclopentolate hcl</i>	60	<i>dexamethasone 13-day dose pack</i>	43
<i>cyclopentolate hydrochloride</i>	60	<i>dexamethasone 6-day dose pack</i>	43
<i>cyclophosphamide</i>	10	<i>dexamethasone intensol</i>	43
CYCLOSET	44	<i>dexamethasone sodium phosphate</i>	43
<i>cyclosporine</i>	32	<i>dexamethasone sodium phosphate</i>	58

ID de formulario: 24521, Versión: 12, Fecha efectiva: 07/01/2024

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

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
DEXLANSOPRAZOLE	55	DILANTIN-125	24
<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>	40	<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>	42	<i>diphenhydramine hydrochloride</i>	34
<i>dextrose 2.5%/sodium chloride 0.45%</i>	42	<i>diphtheria/tetanus toxoids adsorbed</i>	35
<i>dextrose 5%</i>	40	<i>pediatric</i>	
<i>dextrose 5%/sodium chloride 0.2%</i>	42	<i>dipyridamole</i>	38
<i>dextrose 5%/sodium chloride 0.3%</i>	42	<i>disopyramide phosphate</i>	54
<i>dextrose 5%/sodium chloride 0.33%</i>	42	<i>disulfiram</i>	32
<i>dextrose 5%/sodium chloride 0.45%</i>	42	<i>divalproex sodium</i>	25
<i>dextrose 5%/sodium chloride 0.9%</i>	42	<i>divalproex sodium dr</i>	25
<i>dextrose 50%</i>	40	<i>divalproex sodium er</i>	25
<i>dextrose 70%</i>	40	<i>docetaxel</i>	10
<i>dextrose/sodium chloride</i>	42	<i>dofetilide</i>	54
DIACOMIT	24	<i>donepezil hcl</i>	50
<i>diazepam</i>	24	<i>donepezil hydrochloride</i>	51
<i>diazepam intensol</i>	24	DOPTELET	37
<i>diazepam rectal gel</i>	24	<i>dorzolamide hcl/timolol maleate</i>	57
<i>diazoxide</i>	45	<i>dorzolamide hydrochloride</i>	57
<i>dichlorphenamide</i>	32	<i>dorzolamide hydrochloride/timolol maleate</i>	57
<i>diclofenac epolamine</i>	21	<i>pf</i>	
<i>diclofenac potassium</i>	21	<i>dotti</i>	49
<i>diclofenac sodium</i>	58	DOVATO	7
<i>diclofenac sodium</i>	63	<i>doxazosin mesylate</i>	37
<i>diclofenac sodium dr</i>	21	<i>doxepin hcl</i>	19
<i>diclofenac sodium er</i>	21	<i>doxepin hydrochloride</i>	19
<i>diclofenac sodium/misoprostol</i>	21	<i>doxepin hydrochloride</i>	64
<i>dicloxacillin sodium</i>	3	<i>doxercalciferol</i>	65
<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>	63	<i>doxycycline hyclate dr</i>	3
<i>diflunisal</i>	21	<i>doxycycline monohydrate</i>	3
<i>difluprednate</i>	58	DRIZALMA SPRINKLE	19
<i>digitek</i>	54	<i>dronabinol</i>	56
<i>digox</i>	54	<i>drospirenone/ethinyl estradiol</i>	47
<i>digoxin</i>	54	DROXIA	10
<i>dihydroergotamine mesylate</i>	51	<i>droxidopa</i>	51
DILANTIN	24	<i>duloxetine hcl</i>	19
DILANTIN INFATABS	24	<i>duloxetine hydrochloride</i>	19

ID de formulario: 24521, Versión: 12, Fecha efectiva: 07/01/2024

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

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
DUPIXENT	27	<i>epinastine hcl</i>	57
DUPIXENT	64	<i>epinephrine</i>	51
<i>dutasteride</i>	32	<i>epitol</i>	25
<i>dutasteride/tamsulosin hydrochloride</i>	32	<i>eplerenone</i>	54
<i>ec-naproxen</i>	22	EPRONTIA	25
<i>econazole nitrate</i>	61	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>	42	<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>	61
ELIGARD	49	<i>erythromycin</i>	3
ELIQUIS	36	<i>erythromycin</i>	59
ELIQUIS STARTER PACK	36	<i>erythromycin</i>	61
<i>elixophyllin</i>	61	<i>erythromycin base</i>	3
ELMIRON	33	<i>erythromycin dr</i>	3
<i>eluryng</i>	47	<i>erythromycin ethylsuccinate</i>	3
EMCYT	10	<i>erythromycin/benzoyl peroxide</i>	61
EMGALITY	16	ESBRIET	26
EMSAM	17	<i>escitalopram oxalate</i>	19
<i>emtricitabine</i>	7	<i>esomeprazole magnesium</i>	55
<i>emtricitabine/tenofovir disoproxil</i>	7	<i>estazolam</i>	24
<i>emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate</i>	7	<i>estradiol</i>	49
EMTRIVA	7	<i>estradiol valerate</i>	49
<i>enalapril maleate</i>	54	<i>estradiol/norethindrone acetate</i>	49
<i>enalapril maleate/hydrochlorothiazide</i>	54	ESTRING	49
ENBREL	29	<i>eszopiclone</i>	24
ENBREL MINI	29	<i>ethacrynic acid</i>	41
ENBREL SURECLICK	29	<i>ethambutol hydrochloride</i>	5
ENDARI	33	<i>ethosuximide</i>	25
<i>endocet</i>	22	<i>etodolac</i>	22
ENGERIX-B	35	<i>etodolac er</i>	22
<i>enilloring</i>	47	<i>etonogestrel/ethinyl estradiol</i>	47
<i>enoxaparin sodium</i>	36	<i>etravirine</i>	7
<i>entacapone</i>	17	EUCRISA	63
<i>entecavir</i>	7	<i>euthyrox</i>	46
ENTRESTO	54	EVAMIST	49
<i>enulose</i>	41	EVENITY	30
ENVARUSUS XR	32	<i>everolimus</i>	10
EPCLUSA	7	<i>everolimus</i>	32
EPIDIOLEX	25	EVOTAZ	7
		EVRYSDI	33
		<i>exemestane</i>	49

ID de formulario: 24521, Versión: 12, Fecha efectiva: 07/01/2024

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

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
EXKIVITY	10	<i>fluocinolone acetonide</i>	63
EXSERVAN	17	<i>fluocinolone acetonide body</i>	63
EXTAVIA	31	<i>fluocinolone acetonide scalp</i>	63
<i>ezetimibe</i>	52	<i>fluocinolone acetonide topical</i>	15
<i>ezetimibe/simvastatin</i>	52	<i>fluocinonide</i>	63
<i>falmina</i>	47	<i>fluocinonide emulsified base</i>	63
<i>famciclovir</i>	7	<i>fluorometholone</i>	58
<i>famotidine</i>	55	<i>fluorouracil</i>	64
FANAPT	19	<i>fluoxetine dr</i>	19
FANAPT TITRATION PACK	19	<i>fluoxetine hydrochloride</i>	19
FARXIGA	44	<i>fluphenazine decanoate</i>	19
FASENRA	27	<i>fluphenazine hcl</i>	19
FASENRA PEN	27	<i>fluphenazine hydrochloride</i>	19
<i>febuxostat</i>	30	<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>	58
<i>fenofibrate</i>	52	<i>flutamide</i>	10
<i>fenofibrate micronized</i>	52	<i>fluticasone propionate</i>	58
<i>fenofibric acid dr</i>	52	<i>fluticasone propionate</i>	63
<i>fentanyl</i>	22	<i>fluticasone propionate diskus</i>	43
<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>	60	<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>	32	<i>flvoxamine maleate</i>	19
<i> fingolimod hydrochloride</i>	31	<i>flvoxamine maleate er</i>	19
FINTEPLA	25	FML	58
<i>finzala</i>	47	FML FORTE	58
FIRDAPSE	33	<i>fondaparinux sodium</i>	36
FIRMAGON	49	<i>formoterol fumarate</i>	51
FIRVANQ	3	FORTEO	45
<i>flac</i>	58	<i>fosamprenavir calcium</i>	7
FLAREX	58	<i>fosfomycin tromethamine</i>	5
<i>flavoxate hcl</i>	60	<i>fosinopril sodium</i>	54
FLEBOGAMMA DIF	34	<i>fosinopril sodium/hydrochlorothiazide</i>	54
<i>flecainide acetate</i>	55	FOTIVDA	10
FLOLIPID	52	FRAGMIN	36
FLOVENT DISKUS	43	FREAMINE III	40
<i>fluconazole</i>	5	<i>frovatriptan succinate</i>	16
<i>fluconazole in sodium chloride</i>	5	FRUZAQLA	10
<i>flucytosine</i>	5	<i>furosemide</i>	41
<i>fludrocortisone acetate</i>	43	FUZEON	7
<i>flunisolide</i>	58	<i>fyavolv</i>	49
<i>fluocinolone acetonide</i>	58	FYCOMPA	25

ID de formulario: 24521, Versión: 12, Fecha efectiva: 07/01/2024

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

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>gabapentin</i>	25	<i>gnp insulin syringe/0.3ml/30g x 5/16"</i>	60
GALAFOLD	33	<i>gnp insulin syringe/0.5ml/30g x 5/16"</i>	60
<i>galantamine hydrobromide</i>	51	GOCOVRI	17
<i>galantamine hydrobromide er</i>	51	<i>granisetron hydrochloride</i>	56
GAMMAGARD LIQUID	34	<i>griseofulvin microsize</i>	5
GAMMAKED	35	<i>griseofulvin ultramicrosize</i>	5
GAMMAPLEX	35	<i>guanfacine hydrochloride er</i>	17
GAMUNEX-C	35	GVOKE HYPOPEN 1-PACK	45
GARDASIL 9	35	GVOKE HYPOPEN 2-PACK	45
<i>gatifloxacin</i>	59	GVOKE KIT	45
GATTEX	56	GVOKE PFS	45
<i>gauze pads 2"x2"</i>	60	GYNAZOLE-1	61
<i>gavilyte-c</i>	56	HAEGARDA	32
<i>gavilyte-g</i>	56	<i>halcinonide</i>	63
<i>gavilyte-n/flower pack</i>	56	<i>halobetasol propionate</i>	63
GAVRETO	10	<i>haloette</i>	47
<i>gefitinib</i>	11	<i>haloperidol</i>	19
<i>gemfibrozil</i>	52	<i>haloperidol decanoate</i>	19
GEMTESA	60	<i>haloperidol lactate</i>	19
<i>generlac</i>	41	HARVONI	7
GENGRAF	32	HAVRIX	35
GENOTROPIN	46	<i>heather</i>	47
GENOTROPIN MINIQUICK	46	<i>heparin sodium</i>	36
<i>gentak</i>	59	<i>heparin sodium/d5w</i>	36
<i>gentamicin sulfate</i>	3	HEPATAMINE	40
<i>gentamicin sulfate</i>	59	HEPLISAV-B	35
<i>gentamicin sulfate</i>	61	HETLIOZ LQ	24
<i>gentamicin sulfate/0.9% sodium chloride</i>	3	HIBERIX	35
GENVOYA	7	HIZENTRA	35
GILOTRIF	11	HORIZANT	25
GLEOSTINE	11	HUMALOG	44
<i>glimepiride</i>	44	HUMALOG JUNIOR KWIKPEN	44
<i>glipizide</i>	44	HUMALOG KWIKPEN	44
<i>glipizide er</i>	44	HUMALOG MIX 50/50	44
<i>glipizide/metformin hydrochloride</i>	44	HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN	44
GLOPERBA	30	HUMALOG MIX 75/25	44
GLUCAGEN HYPOKIT	45	HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN	44
GLUCAGON EMERGENCY KIT	45	HUMIRA	29
GLUCAGON EMERGENCY KIT FOR LOW BLOOD SUGAR	45	HUMIRA PEDIATRIC CROHNS DISEASE STARTER PACK	29
<i>glyburide</i>	44	HUMIRA PEN	29
<i>glyburide micronized</i>	44	HUMIRA PEN-CD/UC/HS STARTER	29
<i>glyburide/metformin hydrochloride</i>	44	HUMIRA PEN-PEDIATRIC UC STARTER PACK	29
<i>glycopyrrolate</i>	50	HUMIRA PEN-PS/UV STARTER	29
<i>glydo</i>	15	HUMULIN 70/30	44
GLYXAMBI	44		

ID de formulario: 24521, Versión: 12, Fecha efectiva: 07/01/2024

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

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
HUMULIN 70/30 KWIKPEN	44	IMOVAX RABIES (H.D.C.V.)	35
HUMULIN N	44	IMPAVIDO	6
HUMULIN N KWIKPEN	44	IMVEXXY MAINTENANCE PACK	50
HUMULIN R	44	IMVEXXY STARTER PACK	50
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED)	44	INBRIJA	17
HUMULIN R U-500 KWIKPEN	44	INCRELEX	46
<i>hydralazine hcl</i>	38	INCRUSE ELLIPTA	50
<i>hydralazine hydrochloride</i>	38	<i>indapamide</i>	41
<i>hydrochlorothiazide</i>	41	<i>indomethacin</i>	22
<i>hydrocodone bitartrate er</i>	22	<i>indomethacin er</i>	22
<i>hydrocodone bitartrate/acetaminophen</i>	22	INFANRIX	35
<i>hydrocodone/acetaminophen</i>	22	INGREZZA	26
<i>hydrocodone/ibuprofen</i>	22	INLYTA	11
<i>hydrocortisone</i>	43	INQOVI	11
<i>hydrocortisone</i>	63	INREBIC	11
<i>hydrocortisone acetate/pramoxine</i>	64	INTELENCE	7
<i>hydrocortisone butyrate</i>	63	INTRALIPID	40
<i>hydrocortisone valerate</i>	63	INTRAROSA	43
<i>hydrocortisone/acetic acid</i>	58	INTRON A	11
<i>hydromorphone hcl</i>	22	<i>introvale</i>	47
<i>hydromorphone hcl er</i>	22	INVEGA HAFYERA	19
<i>hydromorphone hydrochloride er</i>	22	INVEGA SUSTENNA	19
<i>hydroxychloroquine sulfate</i>	6	INVEGA TRINZA	19
<i>hydroxyurea</i>	11	INVELTYS	58
<i>hydroxyzine hcl</i>	24	IPOL INACTIVATED IPV	35
<i>hydroxyzine hydrochloride</i>	24	<i>ipratropium bromide</i>	50
<i>hydroxyzine pamoate</i>	24	<i>ipratropium bromide/albuterol sulfate</i>	51
HYFTOR	64	<i>irbesartan</i>	54
<i>ibandronate sodium</i>	32	<i>irbesartan/hydrochlorothiazide</i>	54
IBRANCE	11	IRESSA	11
<i>ibu</i>	22	ISENTRESS	7
<i>ibuprofen</i>	22	ISENTRESS HD	7
<i>icatibant acetate</i>	33	<i>isoniazid</i>	5
<i>iclevia</i>	47	<i>isosorbide dinitrate</i>	38
ICLUSIG	11	<i>isosorbide dinitrate/hydralazine</i>	38
<i>icosapent ethyl</i>	52	<i>hydrochloride</i>	
IDHIFA	11	<i>isosorbide mononitrate</i>	38
ILEVRO	58	<i>isosorbide mononitrate er</i>	38
<i>imatinib mesylate</i>	11	<i>isotonic gentamicin</i>	3
IMBRUVICA	11	<i>isotretinoin</i>	64
<i>imipenem/cilastatin</i>	3	<i>isradipine</i>	53
<i>imipramine hcl</i>	19	<i>itraconazole</i>	5
<i>imipramine hydrochloride</i>	19	<i>ivermectin</i>	5
<i>imipramine pamoate</i>	19	<i>ivermectin</i>	61
<i>imiquimod</i>	64	IWILFIN	11
<i>imiquimod pump</i>	64	IXCHIQ	35

ID de formulario: 24521, Versión: 12, Fecha efectiva: 07/01/2024

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

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
IXIARO	35	KLISYRI	64
JAKAFI	11	<i>klor-con</i>	42
<i>jantoven</i>	36	<i>klor-con 10</i>	42
JANUMET	44	<i>klor-con 8</i>	42
JANUMET XR	44	<i>klor-con m10</i>	42
JANUVIA	44	KLOR-CON M15	42
JARDIANCE	44	<i>klor-con m20</i>	42
JAYPIRCA	11	<i>klor-con/ef</i>	42
JENTADUETO	44	KORLYM	44
JENTADUETO XR	44	KOSELUGO	11
<i>jinteli</i>	50	<i>kourzeq</i>	15
<i>joyeaux</i>	47	<i>k-prime</i>	42
JULUCA	7	KRAZATI	11
<i>junel 1.5/30</i>	47	KRISTALOSE	41
<i>junel 1/20</i>	48	KYNMOBI	17
<i>junel fe 1.5/30</i>	48	KYPROLIS	11
<i>junel fe 1/20</i>	48	<i>labetalol hydrochloride</i>	38
<i>junel fe 24</i>	48	<i>lacosamide</i>	25
JUXTAPID	52	<i>lactated ringers</i>	42
JYLAMVO	11	<i>lactulose</i>	41
JYNNEOS	35	LAGEVRIO	7
KALYDECO	28	<i>lamivudine</i>	7
<i>kariva</i>	48	<i>lamivudine/zidovudine</i>	7
<i>kcl 0.075%/d5w/nacl 0.45%</i>	42	<i>lamotrigine</i>	25
<i>kcl 0.15%/d5w/nacl 0.2%</i>	42	<i>lamotrigine er</i>	25
<i>kcl 0.15%/d5w/nacl 0.45%</i>	42	<i>lamotrigine odt</i>	25
<i>kcl 0.15%/d5w/nacl 0.9%</i>	42	<i>lamotrigine starter kit/blue</i>	25
<i>kcl 0.3%/d5w/nacl 0.45%</i>	42	<i>lamotrigine starter kit/green</i>	25
<i>kcl 0.3%/d5w/nacl 0.9%</i>	42	<i>lamotrigine starter kit/orange</i>	25
<i>kelnor 1/35</i>	48	<i>lamotrigine titration</i>	25
KENALOG-10	43	<i>lanreotide acetate</i>	47
KERENDIA	54	<i>lansoprazole</i>	55
KESIMPTA	31	<i>lansoprazole/amoxicillin/clarithromycin</i>	55
<i>ketoconazole</i>	5	LANTUS	44
<i>ketoconazole</i>	61	LANTUS SOLOSTAR	44
KETODAN	61	<i>lapatinib ditosylate</i>	11
<i>ketoprofen</i>	22	<i>larin 1.5/30</i>	48
<i>ketoprofen er</i>	22	<i>larin 1/20</i>	48
<i>ketorolac tromethamine</i>	58	<i>larin fe 1.5/30</i>	48
KINERET	29	<i>larin fe 1/20</i>	48
KINRIX	35	<i>latanoprost</i>	57
KISQALI	11	LAZANDA	22
KISQALI FEMARA 200 DOSE	50	<i>leflunomide</i>	29
KISQALI FEMARA 400 DOSE	50	<i>lenalidomide</i>	11
KISQALI FEMARA 600 DOSE	50	LENVIMA 10 MG DAILY DOSE	11
<i>klayesta</i>	15	LENVIMA 12MG DAILY DOSE	11

ID de formulario: 24521, Versión: 12, Fecha efectiva: 07/01/2024

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

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
LENVIMA 14 MG DAILY DOSE	12	<i>linezolid</i>	4
LENVIMA 18 MG DAILY DOSE	12	LINZESS	57
LENVIMA 20 MG DAILY DOSE	12	<i>liothyronine sodium</i>	46
LENVIMA 24 MG DAILY DOSE	12	<i>lisdexamfetamine dimesylate</i>	16
LENVIMA 4 MG DAILY DOSE	12	<i>lisinopril</i>	54
LENVIMA 8 MG DAILY DOSE	12	<i>lisinopril/hydrochlorothiazide</i>	54
<i>lessina</i>	48	<i>lithium</i>	17
<i>letrozole</i>	50	<i>lithium carbonate</i>	17
<i>leucovorin calcium</i>	32	<i>lithium carbonate er</i>	17
LEUKERAN	12	LIVALO	52
<i>leuprolide acetate</i>	49	LIVMARLI	57
<i>levabuterol</i>	51	LIVTENCITY	7
<i>levabuterol hcl</i>	51	LO LOESTRIN FE	48
<i>levabuterol hydrochloride</i>	51	LOKELMA	41
<i>levabuterol tartrate hfa</i>	51	LONHALA MAGNAIR REFILL KIT	50
LEVEMIR	44	LONHALA MAGNAIR STARTER KIT	50
LEVEMIR FLEXPEN	44	LONSURF	12
LEVEMIR FLEXTOUCH	44	<i>loperamide hcl</i>	55
<i>levetiracetam</i>	25	<i>lopinavir/ritonavir</i>	7
<i>levetiracetam er</i>	25	<i>lorazepam</i>	24
<i>levobunolol hcl</i>	57	<i>lorazepam intensol</i>	24
<i>levocarnitine</i>	33	LORBRENA	12
<i>levocetirizine dihydrochloride</i>	34	<i>losartan potassium</i>	54
<i>levofloxacin</i>	3	<i>losartan potassium/hydrochlorothiazide</i>	54
<i>levofloxacin</i>	59	LOTEMAX	58
<i>levofloxacin in d5w</i>	3	<i>loteprednol etabonate</i>	58
<i>levonest</i>	48	<i>lovastatin</i>	52
<i>levonorgestrel and ethinyl estradiol</i>	48	<i>loxapine</i>	19
<i>levonorgestrel/ethinyl estradiol</i>	48	<i>lubiprostone</i>	57
<i>levora 0.15/30-28</i>	48	LUMAKRAS	12
<i>levorphanol tartrate</i>	22	LUMIGAN	57
<i>levo-t</i>	46	LUPRON DEPOT (1-MONTH)	49
<i>levothyroxine sodium</i>	46	LUPRON DEPOT (3-MONTH)	49
<i>levoxyl</i>	46	LUPRON DEPOT (4-MONTH)	49
LEXIVA	7	LUPRON DEPOT (6-MONTH)	49
LIBERVANT	25	<i>lurasidone hydrochloride</i>	19
<i>lidocaine</i>	64	LYBALVI	19
<i>lidocaine hcl</i>	15	LYNPARZA	12
<i>lidocaine hcl</i>	34	LYSODREN	12
<i>lidocaine hcl jelly</i>	15	LYTGOBI	12
<i>lidocaine hydrochloride</i>	15	<i>magnesium sulfate</i>	25
<i>lidocaine hydrochloride</i>	34	<i>malathion</i>	62
<i>lidocaine hydrochloride</i>	64	<i>maraviroc</i>	8
<i>lidocaine hydrochloride viscous</i>	59	<i>marlissa</i>	48
<i>lidocaine viscous</i>	59	MARPLAN	19
<i>lidocaine/prilocaine</i>	64	MATULANE	12

ID de formulario: 24521, Versión: 12, Fecha efectiva: 07/01/2024

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

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>matzim la</i>	53	<i>methylprednisolone acetate</i>	43
MAVYRET	8	<i>methylprednisolone dose pack</i>	43
MAXIDEX	58	<i>metoclopramide hcl</i>	56
MAYZENT	31	<i>metoclopramide hydrochloride</i>	56
MAYZENT STARTER PACK	31	<i>metoclopramide odt</i>	56
<i>meclizine hcl</i>	56	<i>metolazone</i>	41
<i>meclofenamate sodium</i>	22	<i>metoprolol succinate er</i>	38
MEDROL	43	<i>metoprolol tartrate</i>	38
<i>medroxyprogesterone acetate</i>	49	<i>metoprolol/hydrochlorothiazide</i>	38
<i>mefenamic acid</i>	22	<i>metronidazole</i>	6
<i>mefloquine hcl</i>	6	<i>metronidazole</i>	62
<i>megestrol acetate</i>	49	<i>metronidazole vaginal</i>	62
MEKINIST	12	<i>metirosine</i>	33
MEKTOVI	12	<i>mexiletine hcl</i>	55
<i>meloxicam</i>	22	<i>mibelas 24 fe</i>	48
<i>memantine hcl titration pak</i>	17	<i>micalfungin</i>	5
<i>memantine hydrochloride</i>	17	<i>miconazole 3</i>	62
<i>memantine hydrochloride er</i>	17	<i>microgestin 1.5/30</i>	48
MENACTRA	35	<i>microgestin 1/20</i>	48
MENEST	50	<i>microgestin fe 1.5/30</i>	48
MENOSTAR	50	<i>microgestin fe 1/20</i>	48
MENQUADFI	35	<i>midodrine hcl</i>	51
MENTAX	62	<i>mifepristone</i>	44
MENVEO	35	<i>miglitol</i>	45
<i>mercaptopurine</i>	12	<i>miglustat</i>	33
<i>meropenem</i>	4	MILLIPRED	43
<i>mesalamine</i>	55	<i>mimvey</i>	50
<i>mesalamine dr</i>	55	<i>minocycline hcl</i>	4
<i>mesalamine er</i>	55	<i>minocycline hydrochloride</i>	4
MESNEX	32	<i>minoxidil</i>	38
<i>metformin hydrochloride</i>	44	<i>mirabegron er</i>	60
<i>metformin hydrochloride er</i>	44	<i>mirtazapine</i>	19
<i>methadone hcl</i>	22	<i>mirtazapine odt</i>	19
<i>methamphetamine hcl</i>	16	<i>misoprostol</i>	55
<i>methazolamide</i>	57	M-M-R II	35
<i>methenamine hippurate</i>	5	<i>modafinil</i>	16
<i>methenamine mandelate</i>	5	<i>moexipril hcl</i>	54
<i>methimazole</i>	46	<i>molindone hydrochloride</i>	19
<i>methotrexate</i>	12	<i>mometasone furoate</i>	58
<i>methotrexate sodium</i>	12	<i>mometasone furoate</i>	63
<i>methsuximide</i>	25	<i>mondoxyne nl</i>	4
<i>methylphenidate hydrochloride</i>	16	<i>montelukast sodium</i>	27
<i>methylphenidate hydrochloride cd</i>	16	<i>morphine sulfate</i>	23
<i>methylphenidate hydrochloride er</i>	16	<i>morphine sulfate er</i>	23
<i>methylphenidate hydrochloride er (la)</i>	16	MOUNJARO	45
<i>methylprednisolone</i>	43	MOVANTIK	57

ID de formulario: 24521, Versión: 12, Fecha efectiva: 07/01/2024

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

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>moxifloxacin hydrochloride/sodium hydrochloride</i>	4	NEULASTA	37
<i>moxifloxacin hydrochloride</i>	4	NEULASTA ONPRO KIT	37
<i>moxifloxacin hydrochloride</i>	59	NEUPRO	17
MOZOBIL	37	<i>nevirapine</i>	8
MULTAQ	55	<i>nevirapine er</i>	8
<i>mupirocin</i>	62	NEXLETOL	52
<i>mycophenolate mofetil</i>	32	NEXLIZET	52
<i>mycophenolic acid dr</i>	32	<i>niacin</i>	65
MYFEMBREE	49	<i>niacin er</i>	52
MYORISAN	64	<i>niacor</i>	65
MYRBETRIQ	61	<i>nicardipine hcl</i>	53
<i>nabumetone</i>	23	NICOTROL INHALER	52
<i>nadolol</i>	38	NICOTROL NS	52
<i>nafcillin sodium</i>	4	<i>nifedipine</i>	53
<i>naftifine hcl</i>	62	<i>nifedipine er</i>	53
<i>naftifine hydrochloride</i>	15	<i>nikki</i>	48
<i>naftifine hydrochloride</i>	62	<i>nilutamide</i>	12
<i>naloxone hcl</i>	39	<i>nimodipine</i>	53
<i>naloxone hydrochloride</i>	39	NINLARO	12
<i>naltrexone hcl</i>	39	<i>nisoldipine er</i>	53
NAMZARIC	17	<i>nitazoxanide</i>	6
<i>naproxen</i>	23	<i>nitisinone</i>	33
<i>naproxen sodium</i>	23	NITRO-BID	38
<i>naproxen sodium cr</i>	23	<i>nitrofurantoin macrocrystals</i>	5
<i>naproxen sodium er</i>	23	<i>nitrofurantoin monohydrate/macrocrystals</i>	5
<i>naratriptan hcl</i>	16	<i>nitroglycerin</i>	15
NATACYN	59	<i>nitroglycerin</i>	38
<i>nateglinide</i>	45	<i>nitroglycerin transdermal</i>	38
NATPARA	45	NIVA THYROID	46
NAYZILAM	25	<i>nizatidine</i>	55
<i>nebivolol hydrochloride</i>	38	NORDITROPIN FLEXPRO	46
<i>necon 0.5/35-28</i>	48	<i>norelgestromin/ethinyl estradiol</i>	48
<i>nefazodone hydrochloride</i>	19	<i>norethindrone & ethinyl estradiol ferrous fumarate</i>	48
<i>neomycin sulfate</i>	4	<i>norethindrone acetate</i>	49
<i>neomycin/bacitracin/polymyxin</i>	59	<i>norethindrone acetate/ethinyl estradiol</i>	50
<i>neomycin/polymyxin/bacitracin/hydrocortisone</i>	58	<i>norethindrone acetate/ethinyl estradiol/ferrous fumarate</i>	48
<i>neomycin/polymyxin/dexamethasone</i>	58	NORPACE CR	55
<i>neomycin/polymyxin/gramicidin</i>	59	<i>nortrel 0.5/35 (28)</i>	48
<i>neomycin/polymyxin/hc</i>	58	<i>nortrel 1/35</i>	48
<i>neomycin/polymyxin/hydrocortisone</i>	58	<i>nortrel 7/7/7</i>	48
<i>neo-polycin</i>	59	<i>nortriptyline hcl</i>	20
<i>neo-polycin hc</i>	58	<i>nortriptyline hydrochloride</i>	20
NERLYNX	12	NORVIR	8
NEUAC	62	NOURIANZ	18

ID de formulario: 24521, Versión: 12, Fecha efectiva: 07/01/2024

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

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
NOXAFIL	5	OMNIPOD 5 G6 INTRO KIT (GEN 5)	60
<i>np thyroid 120</i>	46	OMNIPOD 5 G6 PODS (GEN 5)	60
<i>np thyroid 15</i>	46	OMNIPOD 5 G7 INTRO KIT (GEN 5)	60
<i>np thyroid 30</i>	46	OMNIPOD 5 G7 PODS (GEN 5)	60
<i>np thyroid 60</i>	46	OMNIPOD CLASSIC PDM STARTER	60
<i>np thyroid 90</i>	46	KIT (GEN 3)	
NUBEQA	12	OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3)	60
NUCALA	27	OMNIPOD DASH INTRO KIT (GEN 4)	60
NUDEXTA	18	OMNIPOD DASH PDM KIT (GEN 4)	60
NULOJIX	32	OMNIPOD DASH PODS (GEN 4)	60
NUPLAZID	20	OMNIPOD GO 10 UNITS/DAY	60
NURTEC	16	OMNIPOD GO 15 UNITS/DAY	60
NUTRILIPID	40	OMNIPOD GO 20 UNITS/DAY	60
NUTROPIN AQ NUSPIN 10	46	OMNIPOD GO 25 UNITS/DAY	60
NUTROPIN AQ NUSPIN 20	46	OMNIPOD GO 30 UNITS/DAY	60
NUTROPIN AQ NUSPIN 5	46	OMNIPOD GO 35 UNITS/DAY	60
NUVESSA	62	OMNIPOD GO 40 UNITS/DAY	60
NUZYRA	4	OMNITROPE	46
<i>nyamyc</i>	62	<i>ondansetron hcl</i>	56
NYMALIZE	53	<i>ondansetron hydrochloride</i>	56
<i>nystatin</i>	5	<i>ondansetron odt</i>	56
<i>nystatin</i>	62	ONGENTYS	17
<i>nystatin/triamcinolone</i>	63	ONUREG	13
<i>nystop</i>	62	OPDIVO	13
OCTAGAM	35	<i>opium</i>	55
<i>octreotide acetate</i>	47	<i>opium tincture</i>	55
ODEFSEY	8	OPSUMIT	27
ODOMZO	12	OPVEE	39
OFEV	26	<i>oralone dental paste</i>	63
<i>ofloxacin</i>	4	ORENCIA	30
<i>ofloxacin</i>	59	ORENCIA CLICKJECT	29
OGSIVEO	12	ORENITRAM	27
OJJAARA	12	ORENITRAM TITRATION KIT MONTH	27
<i>olanzapine</i>	20	1	
<i>olanzapine odt</i>	20	ORENITRAM TITRATION KIT MONTH	27
<i>olanzapine/fluoxetine</i>	20	2	
<i>olmesartan medoxomil</i>	54	ORENITRAM TITRATION KIT MONTH	27
<i>olmesartan</i>	53	3	
<i>medoxomil/amlodipine/hydrochlorothiazide</i>		ORFADIN	33
<i>olmesartan medoxomil/hydrochlorothiazide</i>	54	ORGOVYX	49
<i>olopatadine hcl</i>	57	ORLISSA	49
<i>olopatadine hydrochloride</i>	57	ORKAMBI	28
<i>omega-3-acid ethyl esters</i>	52	ORSERDU	13
<i>omeprazole</i>	55	<i>oseltamivir phosphate</i>	8
<i>omeprazole dr</i>	55	OSMOPREP	56
<i>omeprazole/sodium bicarbonate</i>	55	OSPHENA	50

ID de formulario: 24521, Versión: 12, Fecha efectiva: 07/01/2024

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

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
OTEZLA	30	<i>penicillin g potassium in iso-osmotic dextrose</i>	4
<i>oxacillin sodium</i>	4	<i>penicillin g sodium</i>	4
<i>oxaprozin</i>	23	<i>penicillin v potassium</i>	4
<i>oxazepam</i>	24	PENTACEL	36
OXBRYTA	37	<i>pentamidine isethionate</i>	6
<i>oxcarbazepine</i>	25	<i>pentoxifylline er</i>	37
OXERVATE	59	<i>perindopril erbumine</i>	54
<i>oxiconazole nitrate</i>	62	<i>periogard</i>	59
<i>oxybutynin chloride</i>	61	<i>permethrin</i>	62
<i>oxybutynin chloride er</i>	61	<i>perphenazine</i>	20
<i>oxycodone hcl er</i>	23	<i>perphenazine/amitriptyline</i>	20
<i>oxycodone hydrochloride</i>	23	PERSERIS	20
<i>oxycodone hydrochloride er</i>	23	<i>phenelzine sulfate</i>	20
<i>oxycodone/acetaminophen</i>	23	<i>phenobarbital</i>	24
OXYCONTIN	23	<i>phenoxybenzamine hydrochloride</i>	51
<i>oxymorphone hydrochloride</i>	23	<i>phenytek</i>	25
<i>oxymorphone hydrochloride er</i>	23	<i>phenytoin</i>	25
<i>oxymorphone hydrochlorideer</i>	23	<i>phenytoin sodium extended</i>	25
OZEMPIC	45	PHOSPHOLINE IODIDE	57
<i>paclitaxel</i>	13	PIFELTRO	8
<i>paliperidone er</i>	20	<i>pilocarpine hcl</i>	57
PANRETIN	64	<i>pilocarpine hydrochloride</i>	51
<i>pantoprazole sodium</i>	55	<i>pimecrolimus</i>	64
PANZYGA	35	<i>pimozide</i>	20
<i>paricalcitol</i>	65	<i>pindolol</i>	38
<i>paromomycin sulfate</i>	6	<i>pioglitazone hcl</i>	45
<i>paroxetine</i>	20	<i>pioglitazone hcl/metformin hcl</i>	45
<i>paroxetine hcl</i>	20	<i>pioglitazone hcl-glimepiride</i>	45
<i>paroxetine hcl er</i>	20	<i>pioglitazone hydrochloride</i>	45
<i>paroxetine hydrochloride</i>	20	<i>piperacillin sodium/tazobactam sodium</i>	4
PASER	5	PIQRAY 200MG DAILY DOSE	13
PAXLOVID	8	PIQRAY 250MG DAILY DOSE	13
<i>pazopanib hydrochloride</i>	13	PIQRAY 300MG DAILY DOSE	13
PEDIARIX	35	<i>pirfenidone</i>	26
PEDVAX HIB	35	<i>piroxicam</i>	23
<i>peg-3350/electrolytes</i>	56	<i>pitavastatin calcium</i>	52
<i>peg-3350/electrolytes/ascorbate</i>	56	PLEGRIDY	31
<i>peg-3350/nacl/na bicarbonate/kcl</i>	56	PLEGRIDY STARTER PACK	31
<i>peg-3350/sodium sulf/naclpotassium cl/na ascorbate/ascorbic</i>	56	PLENAMINE	40
PEGASYS	8	<i>plerixafor</i>	37
PEMAZYRE	13	<i>podofilox</i>	15
PENBRAYA	36	<i>podofilox</i>	65
<i>penciclovir</i>	62	<i>polycin</i>	59
<i>penicillamine</i>	34	<i>polymyxin b sulfate/trimethoprim sulfate</i>	59
<i>penicillin g potassium</i>	4	POMALYST	13

ID de formulario: 24521, Versión: 12, Fecha efectiva: 07/01/2024

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

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>portia-28</i>	48	<i>prochlorperazine maleate</i>	20
<i>posaconazole</i>	6	PROCRIT	37
<i>posaconazole dr</i>	6	PROCTOFOAM HC	15
<i>potassium chloride</i>	42	<i>procto-med hc</i>	63
<i>potassium chloride er</i>	42	<i>procto-pak</i>	63
<i>potassium chloride/dextrose/sodium chloride</i>	42	<i>proctosol hc</i>	63
<i>potassium citrate er</i>	39	<i>proctozone-hc</i>	63
PRALUENT	52	<i>progesterone</i>	49
<i>pramipexole dihydrochloride</i>	17	PROGRAF	32
<i>pramipexole dihydrochloride er</i>	17	PROLASTIN-C	27
<i>prasugrel</i>	36	PROLENSA	59
<i>pravastatin sodium</i>	52	PROLIA	32
<i>praziquantel</i>	5	PROMACTA	37
<i>prazosin hydrochloride</i>	37	<i>promethazine hcl</i>	34
PRED MILD	58	<i>promethazine hydrochloride</i>	34
<i>prednicarbate</i>	63	<i>promethazine hydrochloride plain</i>	34
<i>prednisolone</i>	43	<i>propafenone hcl</i>	55
<i>prednisolone acetate</i>	58	<i>propafenone hydrochloride er</i>	55
<i>prednisolone sodium phosphate</i>	43	<i>propranolol hcl</i>	38
<i>prednisolone sodium phosphate</i>	58	<i>propranolol hcl er</i>	38
<i>prednisolone sodium phosphate odt</i>	43	<i>propranolol hydrochloride</i>	38
<i>prednisone</i>	43	<i>propranolol hydrochloride er</i>	38
<i>pregabalin</i>	25	<i>propylthiouracil</i>	46
<i>pregabalin er</i>	23	PROQUAD	36
PREHEVBRIO	36	PROSOL	40
PREMARIN	50	<i>protriptyline hcl</i>	20
PREMASOL	40	PULMOZYME	27
<i>premium lidocaine</i>	64	PURIXAN	13
PREMPHASE	50	PYLERA	55
PREMPRO	50	<i>pyrazinamide</i>	5
<i>prenatal</i>	65	<i>pyridostigmine bromide</i>	51
<i>prevalite</i>	52	<i>pyridostigmine bromide er</i>	51
PREVYMIS	8	<i>pyrimethamine</i>	6
PREZCOBIX	8	PYRUKYND	37
PREZISTA	8	PYRUKYND TAPER PACK	37
PRIFTIN	5	QINLOCK	13
<i>primaquine phosphate</i>	6	QUADRACEL	35
<i>primidone</i>	25	<i>quetiapine fumarate</i>	20
PRIORIX	36	<i>quetiapine fumarate er</i>	20
PRIVIGEN	35	<i>quinapril hydrochloride</i>	54
PROAIR RESPICLICK	51	<i>quinapril/hydrochlorothiazide</i>	54
<i>probenecid</i>	41	<i>quinidine gluconate cr</i>	55
<i>probenecid/colchicine</i>	41	<i>quinidine sulfate</i>	55
<i>prochlorperazine</i>	20	<i>quinine sulfate</i>	6
<i>prochlorperazine edisylate</i>	20	QVAR REDIHALER	43
		RABAVERT	36

ID de formulario: 24521, Versión: 12, Fecha efectiva: 07/01/2024

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

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>rabeprazole sodium</i>	55	RISPERDAL CONSTA	20
RADICAVA ORS	18	<i>risperidone</i>	20
RADICAVA ORS STARTER KIT	18	<i>risperidone er</i>	20
<i>raloxifene hydrochloride</i>	50	<i>risperidone odt</i>	20
<i>ramelteon</i>	24	<i>ritonavir</i>	8
<i>ramipril</i>	54	<i>rivastigmine tartrate</i>	51
<i>ranolazine er</i>	55	<i>rivastigmine transdermal system</i>	51
<i>rasagiline mesylate</i>	17	<i>rizatriptan benzoate</i>	16
RASUVO	30	<i>rizatriptan benzoate odt</i>	16
RAYALDEE	65	ROCKLATAN	58
REBIF	31	<i>roflumilast</i>	28
REBIF REBIDOSE	31	<i>ropinirole er</i>	17
REBIF REBIDOSE TITRATION PACK	31	<i>ropinirole hcl</i>	17
REBIF TITRATION PACK	31	<i>ropinirole hydrochloride</i>	17
RECOMBIVAX HB	36	<i>rosadan</i>	62
RECTIV	65	<i>rosuvastatin calcium</i>	52
REGRANEX	65	ROTARIX	36
RELENZA DISKHALER	8	ROTATEQ	36
RELISTOR	57	<i>roweepira</i>	25
RELYVRIO	18	ROZLYTREK	13
<i>repaglinide</i>	45	RUBRACA	13
REPATHA	52	<i>rufinamide</i>	25
REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM	52	RUKOBIA	8
REPATHA SURECLICK	52	RYBELSUS	45
RESTASIS	59	RYDAPT	13
RESTASIS MULTIDOSE	59	RYTARY	17
RETACRIT	37	SAJAZIR	33
RETEVMO	13	<i>salsalate</i>	23
RETIN-A MICRO	28	SANTYL	65
RETIN-A MICRO PUMP	64	<i>sapropterin dihydrochloride</i>	33
REVCIVI	39	SAVELLA	17
REVLIMID	13	SAVELLA TITRATION PACK	17
REXULTI	20	SCEMBLIX	13
REYATAZ	8	<i>scopolamine</i>	56
REZLIDHIA	13	SECUADO	20
REZUROCK	33	<i>selegiline hcl</i>	17
RHOPRESSA	58	<i>selenium sulfide</i>	62
<i>ribavirin</i>	8	SELZENTRY	8
RIDAURA	39	SEREVENT DISKUS	51
<i>rifabutin</i>	5	SEROSTIM	46
<i>rifampin</i>	5	<i>sertraline hcl</i>	20
<i>riluzole</i>	18	<i>sertraline hydrochloride</i>	20
<i>rimantadine hydrochloride</i>	8	<i>sevelamer carbonate</i>	41
RINVOQ	30	<i>sevelamer hydrochloride</i>	41
<i>risedronate sodium</i>	32	<i>sf 5000 plus</i>	30
<i>risedronate sodium dr</i>	32	<i>sharobel</i>	48

ID de formulario: 24521, Versión: 12, Fecha efectiva: 07/01/2024

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

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
SHINGRIX	36	STIVARGA	13
SIGNIFOR	47	<i>streptomycin sulfate</i>	4
<i>sildenafil citrate</i>	38	STRIBILD	8
<i>silodosin</i>	51	STRIVERDI RESPIMAT	51
<i>silver sulfadiazine</i>	62	SUBSYS	23
SIMBRINZA	58	<i>subvenite</i>	25
<i>simvastatin</i>	53	<i>subvenite starter kit/blue</i>	25
<i>sirolimus</i>	32	<i>subvenite starter kit/green</i>	25
SIRTURO	5	<i>subvenite starter kit/orange</i>	25
SIVEXTRO	4	SUCRAID	39
SKYRIZI	57	<i>sucrafate</i>	55
SKYRIZI	65	<i>sulfacetamide sodium</i>	59
SKYRIZI PEN	65	<i>sulfacetamide sodium</i>	62
<i>sodium chloride</i>	42	<i>sulfacetamide sodium/prednisolone sodium</i>	59
<i>sodium chloride 0.45%</i>	42	<i>phosphate</i>	
<i>sodium chloride 0.9%</i>	42	<i>sulfadiazine</i>	4
<i>sodium fluoride 1.1</i>	30	<i>sulfamethoxazole/trimethoprim</i>	4
<i>sodium fluoride 5000 plus</i>	30	<i>sulfamethoxazole/trimethoprim ds</i>	4
<i>sodium fluoride 5000 ppm</i>	30	SULFAMYLON	62
SODIUM OXYBATE	18	<i>sulfasalazine</i>	4
<i>sodium phenylbutyrate</i>	41	<i>sulindac</i>	23
<i>sodium polystyrene sulfonate</i>	41	<i>sumatriptan</i>	16
<i>sodium sulfate/potassium sulfate/magnesium</i>	56	<i>sumatriptan succinate</i>	16
<i>sulfate</i>		<i>sumatriptan succinate refill</i>	16
<i>solifenacin succinate</i>	61	<i>sunitinib malate</i>	13
SOLOSEC	6	SUNLENCA	8
SOLTAMOX	50	SUNOSI	16
SOLU-CORTEF	43	SUPRAX	4
SOMATULINE DEPOT	47	SYMDEKO	28
SOMAVERT	47	SYMLINPEN 120	45
<i>sorafenib</i>	13	SYMLINPEN 60	45
<i>sorafenib tosylate</i>	13	SYMPAZAN	25
<i>sorine</i>	38	SYMTUZA	8
<i>sotalol hcl</i>	38	SYNAREL	49
<i>sotalol hydrochloride (af)</i>	38	SYNJARDY	45
SPIRIVA RESPIMAT	50	SYNJARDY XR	45
<i>spironolactone</i>	54	SYNRIBO	13
<i>spironolactone/hydrochlorothiazide</i>	54	SYNTHROID	46
SPRITAM	25	TABLOID	13
SPRYCEL	13	TABRECTA	14
<i>sps</i>	41	<i>tacrolimus</i>	32
<i>ssd</i>	62	<i>tacrolimus</i>	65
STAMARIL	36	<i>tadalafil</i>	39
STELARA	65	TAFINLAR	14
<i>sterile water for irrigation</i>	42	<i>tafluprost</i>	58
STIOLTO RESPIMAT	50	TAGRISSO	14

ID de formulario: 24521, Versión: 12, Fecha efectiva: 07/01/2024

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

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
TALZENNA	14	<i>thioridazine hcl</i>	20
<i>tamoxifen citrate</i>	50	<i>thiothixene</i>	20
<i>tamsulosin hydrochloride</i>	51	THYQUIDITY	46
<i>tarina fe 1/20 eq</i>	48	THYROID	46
TASIGNA	14	<i>tiadylt er</i>	53
<i>tasimelteon</i>	24	<i>tiagabine hydrochloride</i>	26
TAVALISSE	37	TIBSOVO	14
TAVNEOS	33	TICOVAC	36
<i>taysofy</i>	48	<i>timolol maleate</i>	38
<i>tazarotene</i>	65	<i>timolol maleate</i>	58
<i>tazicef</i>	4	<i>timolol maleate ophthalmic gel forming</i>	58
TAZORAC	65	<i>tinidazole</i>	6
<i>taztia xt</i>	53	<i>tiopronin</i>	33
TAZVERIK	14	TIROSINT-SOL	46
<i>tdvax</i>	35	TIVICAY	8
<i>techlite insulin syringe u-100/0.5ml/30g x 1/2"</i>	60	TIVICAY PD	8
<i>techlite pen needles 29g x 10mm</i>	60	<i>tizanidine hcl</i>	52
TEFLARO	4	<i>tizanidine hydrochloride</i>	52
TEGSEDI	33	TOBI PODHALER	4
TEKTRUNA HCT	54	TOBRADEX	59
<i>telmisartan</i>	54	TOBRADEX ST	59
<i>telmisartan/amlodipine</i>	53	<i>tobramycin</i>	4
<i>telmisartan/hydrochlorothiazide</i>	54	<i>tobramycin</i>	59
<i>temazepam</i>	24	<i>tobramycin sulfate</i>	4
TEMIXYS	8	<i>tobramycin/dexamethasone</i>	59
TENIVAC	35	<i>tolterodine tartrate</i>	61
<i>tenofovir disoproxil fumarate</i>	8	<i>tolterodine tartrate er</i>	61
TEPMETKO	14	<i>topiramate</i>	26
<i>terazosin hcl</i>	37	<i>topiramate er</i>	26
<i>terazosin hydrochloride</i>	38	<i>toremifene citrate</i>	50
<i>terbinafine hcl</i>	6	<i>torse mide</i>	41
<i>terbutaline sulfate</i>	51	TOUJEO MAX SOLOSTAR	45
<i>terconazole</i>	62	TOUJEO SOLOSTAR	45
<i>teriflunomide</i>	31	TOVET	63
<i>teriparatide</i>	45	TRACLEER	28
<i>testosterone</i>	47	TRADJENTA	45
<i>testosterone cypionate</i>	47	<i>tramadol hcl er</i>	23
<i>testosterone enanthate</i>	47	<i>tramadol hydrochloride</i>	23
<i>testosterone pump</i>	47	<i>tramadol hydrochloride er</i>	23
<i>tetrabenazine</i>	26	<i>tramadol hydrochloride/acetaminophen</i>	23
<i>tetracycline hydrochloride</i>	4	<i>trandolapril</i>	54
THALOMID	31	<i>trandolapril/verapamil hcl er</i>	53
<i>theophylline</i>	61	<i>tranexamic acid</i>	36
<i>theophylline er</i>	61	<i>tranylcypramine sulfate</i>	20
THIOLA EC	33	TRAVASOL	40
		<i>travoprost</i>	58

ID de formulario: 24521, Versión: 12, Fecha efectiva: 07/01/2024

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

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>trazodone hydrochloride</i>	20	<i>turqoz</i>	48
TRECTOR	5	TWINRIX	36
TRELEGY ELLIPTA	43	<i>tyblume</i>	48
TRELSTAR MIXJECT	49	TYBOST	33
TRESIBA	45	TYMLOS	45
TRESIBA FLEXTOUCH	45	TYPHIM VI	36
<i>tretinoin</i>	14	UBRELVY	16
<i>tretinoin</i>	64	UCERIS	64
<i>tretinoin microsphere</i>	28	UDENYCA	37
<i>tretinoin microsphere</i>	64	UDENYCA ONBODY	37
TREXALL	14	<i>unithroid</i>	46
<i>triamcinolone acetonide</i>	43	UPTRAVI	28
<i>triamcinolone acetonide</i>	63	UPTRAVI TITRATION PACK	28
<i>triamcinolone acetonide dental paste</i>	63	<i>ursodiol</i>	55
<i>triamterene/hydrochlorothiazide</i>	41	<i>valacyclovir hydrochloride</i>	9
TRIANEX	64	VALCHLOR	65
<i>triazolam</i>	24	<i>valganciclovir</i>	9
<i>triderm</i>	64	<i>valganciclovir hydrochloride</i>	9
<i>trientine hydrochloride</i>	34	<i>valproic acid</i>	26
<i>trifluoperazine hcl</i>	20	<i>valsartan</i>	54
<i>trifluoperazine hydrochloride</i>	21	<i>valsartan/hydrochlorothiazide</i>	54
<i>trifluridine</i>	59	VALTOCO 10 MG DOSE	26
<i>trihexyphenidyl hcl</i>	17	VALTOCO 15 MG DOSE	26
<i>trihexyphenidyl hydrochloride</i>	17	VALTOCO 20 MG DOSE	26
TRIKAFTA	28	VALTOCO 5 MG DOSE	26
<i>trimethoprim</i>	5	<i>vancomycin</i>	4
<i>trimipramine maleate</i>	21	<i>vancomycin hcl</i>	4
TRINTELLIX	21	<i>vancomycin hydrochloride</i>	4
<i>tri-sprintec</i>	48	VANFLYTA	14
TRITOCIN	64	VAQTA	36
TRIUMEQ	8	<i>varenicline starting month box</i>	52
TRIUMEQ PD	8	<i>varenicline tartrate</i>	52
<i>trivora-28</i>	48	VARIVAX	36
TRIZIVIR	8	VARIZIG	35
TROPHAMINE	41	VASCEPA	53
<i>tropium chloride</i>	61	<i>velivet</i>	48
<i>tropium chloride er</i>	61	VELPHORO	41
<i>trueplus insulin syringe /u-100/1ml/29g x</i>	60	VELTASSA	41
<i>1/2"</i>		VEMLIDY	9
<i>trueplus pen needles 29gx12mm</i>	60	VENCLEXTA	14
TRULICITY	45	VENCLEXTA STARTING PACK	14
TRUMENBA	36	<i>venlafaxine besylate er</i>	21
TRUQAP	14	<i>venlafaxine hcl er</i>	21
TRUSELTIQ	14	<i>venlafaxine hydrochloride</i>	21
TUKYSA	14	<i>venlafaxine hydrochloride er</i>	21
TURALIO	14	VENTAVIS	28

ID de formulario: 24521, Versión: 12, Fecha efectiva: 07/01/2024

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

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>verapamil hcl</i>	53	XERMELO	55
<i>verapamil hcl er</i>	53	XGEVA	32
<i>verapamil hcl sr</i>	53	XIFAXAN	5
<i>verapamil hydrochloride</i>	53	XIGDUO XR	45
<i>verapamil hydrochloride er</i>	53	XOFLUZA	9
VERQUVO	39	XOLAIR	27
VERSACLOZ	21	XOSPATA	15
VERZENIO	14	XPOVIO	15
VIBRAMYCIN	4	XPOVIO 100 MG ONCE WEEKLY	15
VICTOZA	45	XPOVIO 40 MG ONCE WEEKLY	15
<i>vigabatrin</i>	26	XPOVIO 40 MG TWICE WEEKLY	15
<i>vigadrone</i>	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	33	XPOVIO 80 MG TWICE WEEKLY	15
<i>vilazodone hydrochloride</i>	21	XTANDI	15
VIRACEPT	9	<i>xulane</i>	48
VIREAD	9	XYOSTED	47
VITRAKVI	14	<i>yargesa</i>	34
VIVITROL	39	YERVOY	15
VIZIMPRO	14	YF-VAX	36
VONJO	14	YONSA	15
<i>voriconazole</i>	6	YUPELRI	50
VOSEVI	9	<i>yuvafem</i>	50
VOTRIENT	14	<i>zafemy</i>	48
VOXZOGO	33	<i>zafirlukast</i>	27
VRAYLAR	21	<i>zaleplon</i>	24
VUMERITY	31	ZARXIO	37
<i>vyfemla</i>	48	ZEJULA	15
VYNDAMAX	34	ZELBORAF	15
VYNDAQEL	34	ZENATANE	65
VYVANSE	16	ZENPEP	56
VYZULTA	58	ZEPOSIA	31
<i>warfarin sodium</i>	36	ZEPOSIA 7-DAY STARTER PACK	31
WELIREG	14	ZEPOSIA STARTER KIT	31
WINLEVI	65	ZERBAXA	5
<i>wixela inhub</i>	51	<i>zidovudine</i>	9
XALKORI	14	ZIEXTENZO	37
XARELTO	37	<i>zileuton er</i>	27
XARELTO STARTER PACK	37	<i>ziprasidone hcl</i>	21
XATMEP	14	<i>ziprasidone mesylate</i>	21
XCOPRI	26	ZIRGAN	59
XDEMVI	59	<i>zoledronic acid</i>	32
XELJANZ	30	ZOLINZA	15
XELJANZ XR	30	<i>zolmitriptan</i>	16
XENLETA	4	<i>zolmitriptan odt</i>	16

ID de formulario: 24521, Versión: 12, Fecha efectiva: 07/01/2024

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

Nombre del medicamento	Página
<i>zolpidem tartrate</i>	24
<i>zolpidem tartrate er</i>	24
ZONISADE	26
<i>zonisamide</i>	26
ZORBTIVE	47
ZOSYN	5
<i>zovia 1/35</i>	48
ZTALMY	26
ZURZUVAE	21
ZYDELIG	15
ZYKADIA	15
ZYLET	59
ZYPREXA RELPREVV	21

ID de formulario: 24521, Versión: 12, Fecha efectiva: 07/01/2024

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



Este formulario se actualizó el 1 de julio 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.



1 Wellness Way
Canton, MA 02021