



a Point32Health company

Formulario (Lista de Medicamentos Cubiertos o “Lista de Medicamentos”) 2025 de Tufts Medicare Preferred HMO

Planes de Tufts Medicare Preferred HMO

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

25502 Versión 9

Este formulario se actualizó el 04 de febrero de 2025. Para obtener información más reciente o hacer otras preguntas, comuníquese con Servicios para Miembros de Tufts Medicare Preferred HMO al **1-800-701-9000** (los usuarios de TTY deben llamar al 711), de 8 a.m. a 8 p.m., 7 días a la semana desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo y de lunes a viernes, desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, o visite www.thpmp.org.

H2256_2025_17_C_SPA

Formulario (Lista de Medicamentos Cubiertos) 2025 de Tufts Medicare Preferred HMO

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

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

Este documento incluye la Lista de Medicamentos (formulario) para nuestro plan que estará vigente a partir el 04 de febrero de 2025. Para obtener una Lista de Medicamentos (formulario) actualizada, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto, junto con la fecha más reciente de actualización de la Lista de Medicamentos (formulario), aparece en la portada y la contraportada.

Por lo general, debe usar las farmacias de la red para usar su beneficio de medicamentos recetados. Los beneficios, el formulario, la red de farmacias y los copagos o el coaseguro pueden cambiar el 1 de enero de 2026 y en ocasiones durante el año.

¿Qué es el formulario de Tufts Medicare Preferred HMO?

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

¿El formulario puede cambiar?

La mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos ocurren el 1 de enero, pero es posible que agreguemos o quitemos medicamentos del formulario durante el año, que los traspasemos a niveles diferentes de costos compartidos o que agreguemos restricciones nuevas. Debemos seguir las reglas de Medicare para hacer estos cambios. Las actualizaciones del formulario se publican mensualmente en nuestro sitio web: www.thmp.org.

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

- **Sustituciones inmediatas de ciertas versiones nuevas de medicamentos de marca y productos biológicos originales.** Podemos retirar inmediatamente un medicamento

de nuestro formulario si lo estamos reemplazando por cierta versión nueva que aparecerá en el mismo nivel de costos compartidos o en uno más bajo y con las mismas restricciones o menos. Cuando agregamos una versión nueva de un medicamento a nuestro formulario, podemos decidir mantener el medicamento de marca o el producto biológico original en el formulario, pero moverlo inmediatamente a un nivel de costos compartidos diferente o agregar nuevas restricciones.

Podemos realizar estos cambios inmediatos solo si agregamos una versión genérica nueva de un medicamento de marca o ciertas versiones nuevas biosimilares de un producto biológico original que ya se encontraba en el formulario (por ejemplo, al agregar una versión biosimilar intercambiable que una farmacia puede sustituir por un producto biológico original sin una receta nueva).

Si actualmente toma el medicamento de marca o el producto original biológico, es posible que no le avisemos antes de hacer un cambio inmediato, pero más adelante le daremos información sobre los cambios específicos que hayamos hecho.

Si hacemos ese cambio, usted o su prescriptor pueden pedirnos que hagamos una excepción para seguir cubriendo el medicamento que se está cambiando para usted. Para obtener más información, consulte la siguiente sección titulada *“¿Cómo solicito una excepción al Formulario de Tufts Medicare Preferred HMO?”*.

Es posible que desconozca algunos de estos tipos de medicamento. Para obtener más información, consulte la siguiente sección titulada *“¿Qué son los productos biológicos originales y cómo se relacionan con los biosimilares?”*.

- **Se retiraron medicamentos del mercado.** Si el fabricante retira un medicamento de la venta o la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA por sus siglas en inglés) determina que se debe retirar por razones de seguridad o efectividad, es posible que lo retiremos de inmediato de nuestro formulario y posteriormente informemos a los miembros que lo toman.
- **Otros cambios.** Podemos hacer otros cambios que afecten a los miembros que actualmente tomen un medicamento. Por ejemplo, podemos retirar un medicamento de marca del formulario al agregar un equivalente genérico o retirar un producto biológico original al agregar un biosimilar. También podemos aplicar restricciones nuevas al medicamento de marca o producto biológico original, o moverlo a un nivel de costos compartidos diferente o tomar ambas medidas. Podemos hacer cambios según las pautas clínicas nuevas. Si retiramos medicamentos de nuestro formulario, agregamos restricciones de autorización previa, cantidad límite o terapia escalonada a un medicamento o movemos un medicamento a un nivel más alto de costos compartidos, debemos informar a los miembros afectados acerca del cambio al menos 30 días antes de que se realice ese cambio. Alternativamente, cuando un miembro solicite un resurtido del medicamento, es posible que reciba un suministro de 30 días del medicamento y la notificación del cambio.

Si hacemos estos otros cambios, usted o su prescriptor pueden pedirnos que hagamos una excepción para seguir cubriendo el medicamento que usted toma. La notificación que le entreguemos también incluirá información sobre cómo solicitar una excepción y, además, puede encontrar información en la sección a continuación, llamada “¿Cómo solicito una excepción al Formulario de Tufts Medicare Preferred HMO?”.

Cambios que no lo afectarán si está tomando el medicamento actualmente. Por lo general, si toma un medicamento de nuestro formulario 2025 que estaba cubierto a principios del año, no eliminaremos ni reduciremos la cobertura del medicamento durante el año de cobertura 2025, excepto en las circunstancias descritas previamente. Esto significa que estos medicamentos seguirán disponibles al mismo costo compartido y sin restricciones nuevas para los miembros que los tomen por el resto del año de cobertura. No recibirá una notificación directa este año sobre los cambios que no lo afectan. Sin embargo, el 1 de enero del próximo año, los cambios lo afectarían y es importante revisar el formulario del nuevo año de beneficios para ver los cambios que podrían haber sufrido los medicamentos.

El formulario adjunto estará vigente a partir el 04 de febrero de 2025. Para obtener información actualizada sobre los medicamentos cubiertos por Tufts Medicare Preferred HMO, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto aparece en la portada y la contraportada. En caso de un cambio en el formulario a mitad de año que no sea de mantenimiento, se le informará mediante una hoja de fe de erratas.

¿Cómo uso el Formulario?

Hay dos formas de encontrar un medicamento en el formulario:

Condición médica

El formulario comienza en la página 3. Los medicamentos en este formulario están agrupados en categorías según las condiciones médicas para los que se usan como tratamiento. Por ejemplo, los medicamentos que se usan para tratar condiciones del corazón aparecen en la categoría “*Medicamentos cardiovasculares*”. Si sabe para lo que se usa su medicamento, busque el nombre de la categoría en la lista que comienza en la página 1. Luego, busque su medicamento en el nombre de la categoría.

Lista alfabética

Si no está seguro de en qué categoría buscar, debe buscar su medicamento en el índice que comienza en la página 66. El índice muestra una lista alfabética de todos los medicamentos que se incluyen en este documento. En este índice aparecen los medicamentos genéricos y los de marca. Busque en el índice y encuentre su medicamento. A un lado del medicamento, verá el número de la página donde puede encontrar información sobre la cobertura. Vaya a la página que se indica en el índice y busque el nombre del medicamento en la primera columna de la lista.

¿Qué son los medicamentos genéricos?

Tufts Medicare Preferred HMO cubre tanto medicamentos de marca como medicamentos genéricos. Un medicamento genérico cuenta con aprobación de la FDA que garantiza que tiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Por lo general, los medicamentos genéricos funcionan tan bien como los medicamentos de marca y habitualmente cuestan menos. Hay sustitutos genéricos disponibles para muchos medicamentos de marca. Los medicamentos genéricos normalmente se pueden sustituir por el medicamento de marca en la farmacia sin una receta nueva, lo cual depende de las leyes estatales.

¿Qué son los productos biológicos originales y cómo se relacionan con los biosimilares?

En el formulario, cuando nos referimos a medicamentos, puede tratarse de un fármaco o de un producto biológico. Los productos biológicos son medicamentos que son más complejos que los habituales. Dado que los productos biológicos son más complejos que los medicamentos habituales, en vez de tener una fórmula genérica tienen alternativas denominadas biosimilares. Los productos biosimilares suelen funcionar tan bien como los productos biológicos originales y pueden costar menos. Existen alternativas biosimilares de algunos productos biológicos originales. Algunos biosimilares son intercambiables y, dependiendo de las leyes estatales, se pueden sustituir por productos biológicos originales en la farmacia sin necesidad de tener una nueva receta, al igual que los medicamentos genéricos se pueden sustituir por medicamentos de marca.

Para obtener más información sobre los tipos de medicamentos, consulte el Capítulo 5, Sección 3.1, de la *Evidencia de Cobertura*, “La ‘Lista de Medicamentos’ indica qué medicamentos de Part D tienen cobertura”.

¿Mi cobertura tiene alguna restricción?

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

- **Autorización previa:** Tufts Medicare Preferred HMO exige que usted o su prescriptor obtengan autorización previa para ciertos medicamentos. Esto significa que necesitará obtener aprobación de Tufts Medicare Preferred HMO antes de que usted pueda surtir sus recetas. Si no consigue esa aprobación, es posible que Tufts Medicare Preferred HMO no cubra los medicamentos.
- **Cantidad límite:** En el caso de ciertos medicamentos, Tufts Medicare Preferred HMO restringe la cantidad del medicamento que cubrirá Tufts Medicare Preferred HMO. Por ejemplo, Tufts Medicare Preferred HMO proporciona 30 tabletas por receta de *ramelteon*. Esto puede ser adicional a un suministro estándar de un mes o tres meses.

- **Terapia escalonada:** En algunos casos, Tufts Medicare Preferred HMO exige que usted primero pruebe ciertos medicamentos para tratar su condición médica antes de que cubramos otro medicamento para esa condición. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan su condición médica, es posible que Tufts Medicare Preferred HMO no cubra el medicamento B, a menos que usted pruebe el medicamento A primero. Si el medicamento A no funciona para usted, Tufts Medicare Preferred HMO entonces cubrirá el medicamento B.

Para saber si su medicamento tiene requisitos o límites adicionales, consulte el formulario que comienza en la página 3. También puede visitar nuestro sitio web para obtener más información sobre las restricciones aplicadas a medicamentos específicos cubiertos. Hemos publicado en línea un documento que explica nuestras restricciones de autorización previa y terapia escalonada. También puede solicitarnos que le enviemos una copia. Nuestra información de contacto, junto con la fecha más reciente de actualización del formulario, aparece en la portada y la contraportada.

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

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

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

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

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

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

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

- Puede pedirnos que cubramos un medicamento incluso si no está en nuestro formulario. Si se aprueba, este medicamento estará cubierto en un nivel predeterminado de costos compartidos y usted no podrá pedirnos que entreguemos el medicamento en un nivel más bajo.

- Puede pedirnos una exención de una restricción de cobertura, lo que incluye autorización previa, terapia escalonada o cantidad límite de su medicamento. Por ejemplo, en el caso de ciertos medicamentos, Tufts Medicare Preferred HMO restringe la cantidad del medicamento que cubriremos. Si su medicamento tiene una cantidad límite, puede pedirnos que no apliquemos el límite y cubramos una cantidad superior.
- Puede pedirnos que cubramos un medicamento del formulario en un nivel más bajo de costos compartidos, a menos que el medicamento esté en el nivel de especialidad.

Por lo general, Tufts Medicare Preferred HMO solo aprobará su solicitud de una excepción si los medicamentos alternativos incluidos en el formulario del plan, el medicamento con menores costos compartidos o al que se le aplica la restricción no son tan eficaces para usted o le provocan efectos médicos adversos.

Usted o su prescriptor deben contactarnos para solicitar una excepción de nivel o formulario, incluida la excepción a una restricción de cobertura. **Al solicitar una excepción, su prescriptor deberá explicar los motivos médicos por los que la necesita.** Por lo general, debemos tomar nuestra decisión en un plazo de 72 horas a partir del momento en que recibimos la declaración de respaldo del prescriptor. Puede solicitar una decisión acelerada (rápida) si usted considera, y nosotros estamos de acuerdo, que su salud podría verse perjudicada gravemente por esperar hasta 72 horas para que se tome una decisión. Si estamos de acuerdo, o si su prescriptor solicita una decisión rápida, debemos informarle una decisión, a más tardar, 24 horas después de obtener la declaración de respaldo de su prescriptor.

¿Qué puedo hacer si mi medicamento no se encuentra en el formulario o tiene una restricción?

Como miembro nuevo o anterior de nuestro plan, podría estar tomando medicamentos que no están en nuestro formulario. O quizás puede tomar un medicamento que se encuentra en nuestro formulario, pero que tiene una restricción de cobertura, como la autorización previa. Debe hablar con su prescriptor sobre solicitar una decisión de cobertura a fin de mostrar que usted cumple con los criterios de aprobación, cambiar a un medicamento alternativo que cubramos o solicitar una excepción de formulario para que cubramos el medicamento que toma. Mientras usted y su médico determinan cuál es la decisión correcta para su caso, podemos cubrir su medicamento en determinadas circunstancias durante los primeros 90 días de su membresía en el plan.

Por cada medicamento que no esté en nuestro formulario o que tenga una restricción de cobertura, cubriremos un suministro temporal de 30 días. Si la receta está indicada para menos días, permitiremos que se surta varias veces hasta un máximo de 30 días de medicamento. Si no se aprueba su cobertura después del primer suministro para un mes, no pagaremos estos medicamentos, incluso si ha sido miembro del plan por menos de 90 días.

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

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

Para obtener más información

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

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

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

Formulario de Tufts Medicare Preferred HMO

El formulario que comienza en la página 3 proporciona información sobre los medicamentos cubiertos por Tufts Medicare Preferred HMO. Si tiene problemas para encontrar su medicamento en la lista, diríjase al índice que comienza en la página 66.

La primera columna de la tabla indica el nombre del medicamento. Los medicamentos de marca aparecen en mayúsculas (p. ej., ENTRESTO) y los medicamentos genéricos aparecen en minúsculas cursivas (p. ej., *omeprazol*).

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

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

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

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

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

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

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

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

Este medicamento recetado puede estar cubierto según sus beneficios médicos. Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros de Tufts Medicare Preferred HMO al **1-800-701-9000** (los usuarios de TTY deben llamar al 711), de 8 a.m. a 8 p.m., 7 días a la semana desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo y de lunes a viernes, desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, o visite www.thpmp.org.

PA: Se requiere autorización previa

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

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

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

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

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

Los miembros que toman actualmente medicamentos que cumplen los criterios iniciales para una terapia escalonada podrán surtir de forma automática sus recetas de medicamentos escalonados. Si el miembro no cumple los criterios iniciales para una terapia escalonada, se rechazará la receta en el punto de venta con un mensaje que indicará que se requiere una autorización previa (PA). Los médicos pueden presentar solicitudes de autorización previa a Tufts Medicare Preferred HMO para los miembros que no cumplen los criterios de terapia escalonada en el punto de venta según el proceso de revisión médica. El proceso de revisión médica les permite a usted o a su médico solicitar a Tufts Medicare Preferred HMO que haga una excepción a nuestras reglas de cobertura. Consulte la sección “*¿Cómo solicito una excepción al Formulario de Tufts Medicare Preferred HMO?*” en la página VI para obtener información sobre cómo solicitar una excepción.

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

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

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

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

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

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

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

Cobertura adicional

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

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

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

- 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. Algunos medicamentos orales contra el cáncer cubiertos por Part B son:

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

Beneficios de medicamentos recetados: Deducible (para los medicamentos recetados de Part D)	Tufts Medicare Preferred HMO Smart Saver Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Saver Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Basic No Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx
Deducible	Este plan no tiene deducible.	Este plan no tiene deducible.	Este plan no cubre medicamentos recetados de Part D	Este plan no tiene deducible.
Beneficios de medicamentos recetados: Cobertura inicial	Tufts Medicare Preferred HMO Smart Saver Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Saver Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Basic No Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx
Nota: Los medicamentos de Nivel 1 y Nivel 2 incluyen una cobertura mejorada de determinados medicamentos, tales como medicamentos seleccionados para la disfunción eréctil (ED) y vitaminas.	Usted paga lo siguiente hasta que los costos totales anuales de los medicamentos alcancen los \$2,000. Los costos totales anuales de los medicamentos corresponden a los costos totales de los medicamentos pagados por usted y nuestro plan de Part D. Puede obtener sus medicamentos en las farmacias minoristas de la red y farmacias de pedido por correo.	Usted paga lo siguiente hasta que los costos totales anuales de los medicamentos alcancen los \$2,000. Los costos totales anuales de los medicamentos corresponden a los costos totales de los medicamentos pagados por usted y nuestro plan de Part D. Puede obtener sus medicamentos en las farmacias minoristas de la red y farmacias de pedido por correo.	Este plan no cubre medicamentos recetados de Part D	Usted paga lo siguiente hasta que los costos totales anuales de los medicamentos alcancen los \$2,000. Los costos totales anuales de los medicamentos corresponden a los costos totales de los medicamentos pagados por usted y nuestro plan de Part D. Puede obtener sus medicamentos en las farmacias minoristas de la red y farmacias de pedido por correo.

Beneficios de medicamentos recetados: Cobertura inicial	Tufts Medicare Preferred HMO Smart Saver Rx			Tufts Medicare Preferred HMO Saver Rx			Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx		
Costos compartidos en farmacia minorista: farmacia preferida									
Nivel	Suministro para 30 días	Suministro para 60 días	Suministro para 90 días	Suministro para 30 días	Suministro para 60 días	Suministro para 90 días	Suministro para 30 días	Suministro para 60 días	Suministro para 90 días
Nivel 1 (Genérico preferido)	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
Nivel 2 (Genérico)	\$6	\$12	\$18	\$6	\$12	\$18	\$4/\$0*	\$8/\$0*	\$12/\$0*
							* Solo en el condado de Worcester		
Nivel 3 (Marca preferida)	23% del costo (Insulina: \$35)	23% del costo (Insulina: \$70)	23% del costo (Insulina: \$105)	23% del costo (Insulina: \$35)	23% del costo (Insulina: \$70)	23% del costo (Insulina: \$105)	23% del costo (Insulina: \$35)	23% del costo (Insulina: \$70)	23% del costo (Insulina: \$105)
Nivel 4 (Medicamento no preferido)	50% del costo (Insulina: \$35)	50% del costo (Insulina: \$70)	50% del costo (Insulina: \$105)	50% del costo (Insulina: \$35)	50% del costo (Insulina: \$70)	50% del costo (Insulina: \$105)	50% del costo (Insulina: \$35)	50% del costo (Insulina: \$70)	50% del costo (Insulina: \$105)
Nivel 5 (Nivel de especialidad)	33% del costo	N/A	N/A	33% del costo	N/A	N/A	33% del costo	N/A	N/A
Nivel 6 (Vacunas)	\$0	N/A	N/A	\$0	N/A	N/A	\$0	N/A	N/A

Tufts Medicare Preferred HMO Value No Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Value Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Prime No Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Prime No Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Prime Rx Plus
Este plan no cubre medicamentos recetados de Part D	Este plan no tiene deducible.	Este plan no cubre medicamentos recetados de Part D	Este plan no tiene deducible	
Tufts Medicare Preferred HMO Value No Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Value Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Prime No Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Prime Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Prime Rx Plus
Este plan no cubre medicamentos recetados de Part D	<p>Usted paga lo siguiente hasta que los costos totales anuales de los medicamentos alcancen los \$2,000. Los costos totales anuales de los medicamentos corresponden a los costos totales de los medicamentos pagados por usted y nuestro plan de Part D.</p> <p>Puede obtener sus medicamentos en las farmacias minoristas de la red y farmacias de pedido por correo.</p>	Este plan no cubre medicamentos recetados de Part D	<p>Usted paga lo siguiente hasta que los costos totales anuales de los medicamentos alcancen los \$2,000. Los costos totales anuales de los medicamentos corresponden a los costos totales de los medicamentos pagados por usted y nuestro plan de Part D.</p> <p>Puede obtener sus medicamentos en las farmacias minoristas de la red y farmacias de pedido por correo.</p>	

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

Costos compartidos en farmacia minorista: farmacia preferida

Suministro para 30 días	Suministro para 60 días	Suministro para 90 días	Suministro para 30 días	Suministro para 60 días	Suministro para 90 días	Suministro para 30 días	Suministro para 60 días	Suministro para 90 días
\$0	\$0	\$0	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
\$4	\$8	\$12	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
23% del costo (Insulina: \$35)	23% del costo (Insulina: \$70)	23% del costo (Insulina: \$105)	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
50% del costo (Insulina: \$35)	50% del costo (Insulina: \$70)	50% del costo (Insulina: \$105)	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
33% del costo	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
\$0	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

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

Costos compartidos en farmacia minorista: farmacia no preferida

Nivel	Suministro para 30 días	Suministro para 60 días	Suministro para 90 días	Suministro para 30 días	Suministro para 60 días	Suministro para 90 días	Suministro para 30 días	Suministro para 60 días	Suministro para 90 días
Nivel 1 (Genérico preferido)	\$14	\$28	\$42	\$14	\$28	\$42	\$14/\$6*	\$28/\$12*	\$42/\$18*
* Solo en el condado de Worcester									
Nivel 2 (Genérico)	\$20	\$40	\$60	\$20	\$40	\$60	\$19/\$11*	\$38/\$22*	\$57/\$33*
* Solo en el condado de Worcester									
Nivel 3 (Marca preferida)	23% del costo (Insulina: \$35)	23% del costo (Insulina: \$70)	23% del costo (Insulina: \$105)	23% del costo (Insulina: \$35)	23% del costo (Insulina: \$70)	23% del costo (Insulina: \$105)	23% del costo (Insulina: \$35)	23% del costo (Insulina: \$70)	23% del costo (Insulina: \$105)
Nivel 4 (Medicamento no preferido)	50% del costo (Insulina: \$35)	50% del costo (Insulina: \$70)	50% del costo (Insulina: \$105)	50% del costo (Insulina: \$35)	50% del costo (Insulina: \$70)	50% del costo (Insulina: \$105)	50% del costo (Insulina: \$35)	50% del costo (Insulina: \$70)	50% del costo (Insulina: \$105)
Nivel 5 (Nivel de especialidad)	33% del costo	N/A	N/A	33% del costo	N/A	N/A	33% del costo	N/A	N/A
Nivel 6 (Vacunas)	\$0	N/A	N/A	\$0	N/A	N/A	\$0	N/A	N/A

Costos compartidos de farmacia de pedido por correo

Nivel	Suministro para 30 días	Suministro para 60 días	Suministro para 90 días	Suministro para 30 días	Suministro para 60 días	Suministro para 90 días	Suministro para 30 días	Suministro para 60 días	Suministro para 90 días
Nivel 1 (Genérico preferido)	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
Nivel 2 (Genérico)	\$6	\$12	\$12	\$6	\$12	\$12	\$4/\$0*	\$8/\$0*	\$8/\$0*
* Solo en el condado de Worcester									
Nivel 3 (Marca preferida)	23% del costo (Insulina: \$35)	23% del costo (Insulina: \$70)	23% del costo (Insulina: \$70)	23% del costo (Insulina: \$35)	23% del costo (Insulina: \$70)	23% del costo (Insulina: \$70)	23% del costo (Insulina: \$35)	23% del costo (Insulina: \$70)	23% del costo (Insulina: \$70)
Nivel 4 (Medicamento no preferido)	50% del costo (Insulina: \$35)	50% del costo (Insulina: \$70)	50% del costo (Insulina: \$105)	50% del costo (Insulina: \$35)	50% del costo (Insulina: \$70)	50% del costo (Insulina: \$105)	50% del costo (Insulina: \$35)	50% del costo (Insulina: \$70)	50% del costo (Insulina: \$105)
Nivel 5 (Nivel de especialidad)	33% del costo	N/A	N/A	33% del costo	N/A	N/A	33% del costo	N/A	N/A
Nivel 6 (Vacunas)	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

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

Después de que sus desembolsos anuales para medicamentos (incluidos los medicamentos adquiridos en su farmacia minorista y a través de pedido por correo) alcancen los \$2,000, usted no paga nada por medicamentos cubiertos de Part D ni medicamentos excluidos que estén cubiertos por nuestro beneficio mejorado. Durante este período de pago, el plan paga el costo total de sus medicamentos cubiertos de Part D y de los medicamentos excluidos que están cubiertos por nuestro beneficio mejorado.

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

Costos compartidos en farmacia minorista: farmacia no preferida

Suministro para 30 días	Suministro para 60 días	Suministro para 90 días	Suministro para 30 días	Suministro para 60 días	Suministro para 90 días	Suministro para 30 días	Suministro para 60 días	Suministro para 90 días
\$14	\$28	\$42	\$4	\$8	\$12	\$2	\$4	\$6
\$19	\$38	\$57	\$8	\$16	\$24	\$4	\$8	\$12
23% del costo (Insulina: \$35)	23% del costo (Insulina: \$70)	23% del costo (Insulina: \$105)	23% del costo (Insulina: \$35)	23% del costo (Insulina: \$70)	23% del costo (Insulina: \$105)	23% del costo (Insulina: \$30)	23% del costo (Insulina: \$60)	23% del costo (Insulina: \$90)
50% del costo (Insulina: \$35)	50% del costo (Insulina: \$70)	50% del costo (Insulina: \$105)	50% del costo (Insulina: \$35)	50% del costo (Insulina: \$70)	50% del costo (Insulina: \$105)	50% del costo (Insulina: \$35)	50% del costo (Insulina: \$70)	50% del costo (Insulina: \$105)
33% del costo	N/A	N/A	33% del costo	N/A	N/A	33% del costo	N/A	N/A
\$0	N/A	N/A	\$0	N/A	N/A	\$0	N/A	N/A

Costos compartidos de farmacia de pedido por correo

Suministro para 30 días	Suministro para 60 días	Suministro para 90 días	Suministro para 30 días	Suministro para 60 días	Suministro para 90 días	Suministro para 30 días	Suministro para 60 días	Suministro para 90 días
\$0	\$0	\$0	\$4	\$8	\$8	\$2	\$4	\$4
\$4	\$8	\$8	\$8	\$16	\$16	\$4	\$8	\$8
23% del costo (Insulina: \$35)	23% del costo (Insulina: \$70)	23% del costo (Insulina: \$70)	23% del costo (Insulina: \$35)	23% del costo (Insulina: \$70)	23% del costo (Insulina: \$70)	23% del costo (Insulina: \$30)	23% del costo (Insulina: \$60)	23% del costo (Insulina: \$60)
50% del costo (Insulina: \$35)	50% del costo (Insulina: \$70)	50% del costo (Insulina: \$105)	50% del costo (Insulina: \$35)	50% del costo (Insulina: \$70)	50% del costo (Insulina: \$105)	50% del costo (Insulina: \$35)	50% del costo (Insulina: \$70)	50% del costo (Insulina: \$105)
33% del costo	N/A	N/A	33% del costo	N/A	N/A	33% del costo	N/A	N/A
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

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

Después de que sus desembolsos anuales para medicamentos (incluidos los medicamentos adquiridos en su farmacia minorista y a través de pedido por correo) alcancen los \$2,000, usted no paga nada por medicamentos cubiertos de Part D ni medicamentos excluidos que estén cubiertos por nuestro beneficio mejorado. Durante este período de pago, el plan paga el costo total de sus medicamentos cubiertos de Part D y de los medicamentos excluidos que están cubiertos por nuestro beneficio mejorado.

Tabla de contenidos

Agentes antidemencia.....	3
Agentes antiespásticos.....	3
Agentes antiyaquecosos	3
Agentes antimiastrénicos.....	4
Agentes antiparkinsonianos	4
Agentes cardiovasculares	4
Agentes de antigout	9
Agentes de la enfermedad inflamatoria intestinal	9
Agentes de las enfermedades óseas metabólicas	9
Agentes del sistema nervioso central	10
Agentes del trastorno del sueño	12
Agentes dentales y orales.....	13
Agentes dermatológicos	13
Agentes gastrointestinales.....	15
Agentes genitourinarios.....	17
Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (hipófisis).....	18
Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (hormonas sexuales/modificadores)	18
Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (suprarrenal)	20
Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (tiroides)	21
Agentes hormonales, inhibidor (tiroides).....	21
Agentes hormonales, supresores (suprarrenales o pituitaria).....	22
Agentes inmunológicos	22
Agentes oftálmicos	27
Agentes para la bipolaridad.....	29
Agentes para tratamientos antiadicción/contra la drogadicción	29
Agentes para vías respiratorias/pulmonares.....	30
Agentes Terapéuticos, Misceláneos	33
Agentes óticos.....	34
Analgésicos	35
Anestésicos.....	37
Ansiolíticos	37

ID de formulario: 25502, Versión: 9, Fecha efectiva: 03/01/2025

Este formulario se actualizó el 04 de febrero de 2025

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

Antibacterianos	37
Anticonvulsivos	41
Antidepresivos	43
Antidepressants	44
Antieméticos	44
Antimicobacterianos.....	45
Antimicóticos	45
Antineoplásicos.....	46
Antiparasitarios	53
Antipsicóticos	53
Antivírico	55
Electrolitos/minerales/metales/vitaminas	58
Productos y modificadores sanguíneos	61
Reguladores de la glucemia	62
Relajantes musculares esqueléticos	64
Trastorno genético, enzimático o proteico: Reemplazo, modificadores, tratamiento	64

ID de formulario: 25502, Versión: 9, Fecha efectiva: 03/01/2025

Este formulario se actualizó el 04 de febrero de 2025

Puede encontrar información sobre el significado 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 antidemencia		
Agentes antidemencia, otros		
<i>memantine/donepezil hydrochloride er</i>	3	
NAMZARIC	3	
Antagonista receptor de ácido N-metil-D-aspartico (NMDA)		
<i>memantine hcl titration pak</i>	2	
<i>memantine hydrochloride er</i>	3	
<i>memantine hydrochloride tabs</i>	2	
<i>memantine hydrochloride soln</i>	3	
Inhibidores de la colinesterasa		
<i>donepezil hcl tbdp</i>	3	
<i>donepezil hcl tabs 10mg</i>	2	
<i>donepezil hcl tabs 23mg</i>	3	
<i>donepezil hydrochloride tabs 5mg</i>	2	
<i>galantamine hydrobromide er</i>	3	
<i>galantamine hydrobromide tabs</i>	3	
<i>galantamine hydrobromide soln</i>	4	
<i>rivastigmine tartrate</i>	3	
<i>rivastigmine transdermal system</i>	4	
Agentes antiespásticos		
Agentes antiespásticos		
<i>baclofen</i>	2	
<i>dantrolene sodium</i>	4	
<i>tizanidine hcl</i>	2	
<i>tizanidine hydrochloride</i>	2	
Agentes antijaquecosos		
Agonista de receptores de serotonina (5-HT)		
<i>naratriptan hcl</i>	2	
<i>rizatriptan benzoate</i>	2	
<i>rizatriptan benzoate odt</i>	2	
<i>sumatriptan succinate refill inj 6mg/0.5ml</i>	3	
<i>sumatriptan succinate tabs</i>	2	
<i>sumatriptan succinate inj 6mg/0.5ml</i>	3	
<i>sumatriptan succinate inj 4mg/0.5ml, 6mg/0.5ml</i>	4	
<i>sumatriptan soln</i>	4	
Alcaloides del cornezuelo		
<i>dihydroergotamine mesylate soln</i>	5	QL(8 ML por 30 días); NEDS
<i>ergotamine tartrate/cafeine</i>	3	
Antagonistas de los receptores del péptido relacionado con el gen de la calcitonina (calcitonin gene)		
AIMOVIG	3	QL(1 ML por 30 días); PA
EMGALITY INJ 120MG/ML	3	QL(2 ML por 30 días); PA

ID de formulario: 25502, Versión: 9, Fecha efectiva: 03/01/2025

Este formulario se actualizó el 04 de febrero de 2025

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
EMGALITY INJ 100MG/ML	3	QL(3 ML por 30 días); PA
NURTEC	4	PA
UBRELVY	4	PA
Profiláctico		
<i>timolol maleate tabs 10mg, 5mg</i>	3	
<i>timolol maleate tabs 20mg</i>	4	
Agentes antimiasmáticos		
Parasimpaticomiméticos		
<i>pyridostigmine bromide er</i>	4	
<i>pyridostigmine bromide tabs 60mg</i>	3	
Agentes antiparkinsonianos		
Agentes antiparkinsonianos, otros		
<i>carbidopa/levodopa/entacapone</i>	4	
<i>entacapone</i>	3	
Agonistas de la dopamina		
<i>bromocriptine mesylate caps, tabs</i>	4	
KYNMOBI	5	NEDS
<i>pramipexole dihydrochloride</i>	2	
<i>ropinirole er</i>	4	
<i>ropinirole hcl tabs 0.5mg, 1mg, 2mg, 4mg, 5mg</i>	2	
<i>ropinirole hydrochloride tabs 0.25mg, 3mg</i>	2	
Anticolinérgicos		
<i>benztropine mesylate tabs</i>	2	
<i>trihexyphenidyl hcl soln</i>	3	
<i>trihexyphenidyl hydrochloride</i>	2	
Inhibidores de la monoaminoxidasa B (MAO-B)		
<i>rasagiline mesylate tabs</i>	4	
<i>selegiline hcl caps</i>	3	
<i>selegiline hcl tabs</i>	4	
Inhibidores de precursores de dopamina o decarboxilasa de L-aminoácidos		
<i>carbidopa/levodopa</i>	2	
<i>carbidopa/levodopa er tbc 25mg; 100mg</i>	3	
<i>carbidopa/levodopa er tbc 50mg; 200mg</i>	4	
<i>carbidopa/levodopa odt</i>	4	
<i>carbidopa tabs</i>	4	
Agentes cardiovasculares		
Agentes bloqueantes adrenérgicos alfa		
<i>prazosin hydrochloride caps</i>	3	
Agentes bloqueantes adrenérgicos beta		
<i>acebutolol hydrochloride</i>	3	
<i>atenolol tabs</i>	1	
<i>bisoprolol fumarate</i>	3	
<i>carvedilol</i>	1	

ID de formulario: 25502, Versión: 9, Fecha efectiva: 03/01/2025

Este formulario se actualizó el 04 de febrero de 2025

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>labetalol hydrochloride tabs 100mg, 200mg, 300mg</i>	3	
<i>metoprolol succinate er</i>	2	
<i>metoprolol tartrate tabs 100mg, 25mg, 37.5mg, 50mg</i>	1	
<i>metoprolol tartrate tabs 75mg</i>	3	
<i>nadolol tabs 20mg, 40mg, 80mg</i>	2	
<i>nebivolol hydrochloride</i>	3	
<i>pindolol tabs</i>	4	
<i>propranolol hcl er cp24 120mg, 160mg</i>	3	
<i>propranolol hcl soln</i>	3	
<i>propranolol hcl tabs 40mg</i>	2	
<i>propranolol hydrochloride er cp24 60mg, 80mg</i>	3	
<i>propranolol hydrochloride tabs 10mg, 20mg, 60mg, 80mg</i>	2	
Agentes bloqueantes del canal de calcio, dihidropiridinas		
<i>amlodipine besylate tabs</i>	1	
<i>felodipine er</i>	2	
<i>nifedipine er</i>	3	
<i>nimodipine caps</i>	4	
Agentes bloqueantes del canal de calcio, no dihidropiridinas		
<i>cartia xt</i>	3	
<i>dilt-xr</i>	3	
<i>diltiazem hcl cd</i>	3	
<i>diltiazem hcl er cp24 120mg, 180mg, 240mg, 420mg</i>	3	
<i>diltiazem hcl er cp12</i>	4	
<i>diltiazem hcl er tb24 300mg, 360mg, 420mg</i>	4	
<i>diltiazem hcl tabs 30mg, 60mg, 90mg</i>	2	
<i>diltiazem hydrochloride er cp24</i>	3	
<i>diltiazem hydrochloride er tb24 120mg, 180mg, 240mg, 300mg, 360mg</i>	4	
<i>diltiazem hydrochloride tabs 120mg</i>	2	
<i>matzim la</i>	4	
<i>taztia xt</i>	3	
<i>tiadylt er</i>	3	
<i>verapamil hcl er cp24 100mg, 300mg</i>	4	
<i>verapamil hcl er tbc 120mg, 240mg</i>	2	
<i>verapamil hcl sr cp24</i>	4	
<i>verapamil hcl tabs 40mg, 80mg</i>	2	
<i>verapamil hydrochloride er cp24 200mg</i>	4	
<i>verapamil hydrochloride er tbc 180mg</i>	2	
<i>verapamil hydrochloride tabs 120mg</i>	2	
Agentes cardiovasculares, otros		
<i>aliskiren</i>	1	
<i>amiloride/hydrochlorothiazide</i>	2	
<i>amlodipine besylate/atorvastatin calcium</i>	1	
<i>amlodipine besylate/benazepril hydrochloride</i>	1	

ID de formulario: 25502, Versión: 9, Fecha efectiva: 03/01/2025

Este formulario se actualizó el 04 de febrero de 2025

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>amlodipine besylate/valsartan</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>atenolol/chlorthalidone</i>	3	
<i>benazepril hydrochloride/hydrochlorothiazide</i>	1	
<i>bisoprolol fumarate/hydrochlorothiazide</i>	3	
<i>candesartan cilexetil/hydrochlorothiazide</i>	1	
CORLANOR	4	
<i>enalapril maleate/hydrochlorothiazide</i>	1	
ENTRESTO	3	
<i>fosinopril sodium/hydrochlorothiazide</i>	3	
<i>irbesartan/hydrochlorothiazide</i>	1	
<i>ivabradine hydrochloride</i>	4	
<i>lisinopril/hydrochlorothiazide</i>	1	
<i>losartan potassium/hydrochlorothiazide</i>	1	
<i>metoprolol/hydrochlorothiazide</i>	3	
<i>metyrosine</i>	5	NEDS
<i>olmesartan medoxomil/amlodipine/hydrochlorothiazide</i>	1	
<i>olmesartan medoxomil/hydrochlorothiazide</i>	1	
<i>pentoxifylline er</i>	4	
<i>quinapril/hydrochlorothiazide</i>	1	
<i>ranolazine er</i>	3	
<i>spironolactone/hydrochlorothiazide</i>	2	
TEKTURNA HCT TABS 150MG; 12.5MG, 300MG; 12.5MG, 300MG; 25MG	3	
<i>telmisartan/amlodipine</i>	1	
<i>telmisartan/hydrochlorothiazide</i>	1	
<i>trandolapril/verapamil hcl er</i>	1	
<i>triamterene/hydrochlorothiazide caps 25mg; 37.5mg</i>	1	
<i>triamterene/hydrochlorothiazide tabs</i>	1	
<i>valsartan/hydrochlorothiazide</i>	1	
Agonistas adrenérgicos alfa		
<i>clonidine</i>	4	
<i>clonidine hydrochloride tabs</i>	1	
<i>droxidopa</i>	5	PA; NEDS
<i>midodrine hcl</i>	3	
Antagonistas de los receptores de la angiotensina II		
<i>candesartan cilexetil</i>	1	
<i>irbesartan</i>	1	
<i>losartan potassium tabs</i>	1	
<i>olmesartan medoxomil tabs</i>	1	
<i>telmisartan</i>	1	

ID de formulario: 25502, Versión: 9, Fecha efectiva: 03/01/2025

Este formulario se actualizó el 04 de febrero de 2025

Puede encontrar información sobre el significado 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>valsartan tabs</i>	1	
Antagonistas de los receptores de mineralocorticoides		
<i>eplerenone</i>	3	
KERENDIA	4	PA
<i>spironolactone tabs</i>	2	
Antiarrítmicos		
<i>amiodarone hydrochloride tabs 200mg</i>	2	
<i>amiodarone hydrochloride tabs 100mg, 400mg</i>	3	
<i>digitek tabs 0.125mg, 0.25mg</i>	2	
<i>digoxin oral soln</i>	2	
<i>digoxin inj 0.25mg/ml</i>	2	
<i>digoxin tabs 125mcg, 250mcg</i>	2	
<i>dofetilide</i>	3	
<i>flecainide acetate</i>	2	
<i>mexiletine hcl</i>	3	
MULTAQ	3	
<i>propafenone hcl</i>	3	
<i>propafenone hydrochloride er</i>	4	
<i>propafenone hydrochloride tabs 300mg</i>	3	
<i>quinidine gluconate cr</i>	4	
<i>quinidine sulfate tabs</i>	3	
<i>sorine</i>	2	
<i>sotalol hcl</i>	2	
<i>sotalol hydrochloride (af)</i>	2	
Dislipidémicos, derivados del ácido fólico		
<i>fenofibrate micronized caps 134mg, 200mg, 67mg</i>	3	
<i>fenofibrate caps 130mg, 43mg</i>	3	
<i>fenofibrate caps 150mg, 50mg</i>	4	
<i>fenofibrate tabs 145mg, 160mg, 48mg, 54mg</i>	2	
<i>fenofibric acid dr</i>	3	
<i>gemfibrozil tabs</i>	3	
Dislipidémicos, inhibidores de la HMG CoA reductasa		
<i>atorvastatin calcium</i>	1	
FLOLIPID	3	
<i>fluvastatin</i>	1	
<i>fluvastatin sodium er</i>	1	
<i>lovastatin tabs</i>	1	
<i>pitavastatin calcium</i>	1	
<i>pravastatin sodium</i>	1	
<i>rosuvastatin calcium tabs</i>	1	
<i>simvastatin tabs</i>	1	
Dislipidémicos, otros		
<i>cholestyramine light powd</i>	3	
<i>cholestyramine light pack</i>	4	

ID de formulario: 25502, Versión: 9, Fecha efectiva: 03/01/2025

Este formulario se actualizó el 04 de febrero de 2025

Puede encontrar información sobre el significado 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>cholestyramine powd</i>	3	
<i>cholestyramine pack</i>	4	
<i>colestipol hcl gran</i>	2	
<i>colestipol hcl pack, tabs</i>	4	
<i>ezetimibe</i>	2	
<i>ezetimibe/simvastatin</i>	1	
<i>icosapent ethyl</i>	4	
<i>niacin er</i>	4	
<i>omega-3-acid ethyl esters</i>	3	
PRALUENT	3	PA
<i>prevalite powd</i>	3	
<i>prevalite pack</i>	4	
REPATHA	3	PA
REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM	3	PA
REPATHA SURECLICK	3	PA
<i>Diuréticos, ahorrador de potasio</i>		
<i>amiloride hcl tabs</i>	2	
<i>triamterene caps</i>	4	
<i>Diuréticos, evacuación</i>		
<i>bumetanide inj</i>	2	
<i>bumetanide tabs</i>	3	
<i>ethacrynic acid tabs</i>	4	
<i>furosemide tabs</i>	1	
<i>furosemide oral soln</i>	2	
<i>furosemide inj</i>	4	
<i>toremide tabs</i>	3	
<i>Diuréticos, tiazida</i>		
<i>chlorthalidone tabs 25mg, 50mg</i>	2	
<i>hydrochlorothiazide caps, tabs</i>	1	
<i>indapamide tabs</i>	2	
<i>metolazone</i>	2	
<i>Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (ACE)</i>		
<i>benazepril hcl tabs 10mg, 40mg, 5mg</i>	1	
<i>benazepril hydrochloride tabs 20mg</i>	1	
<i>captopril tabs</i>	1	
<i>enalapril maleate tabs</i>	1	
<i>fosinopril sodium</i>	1	
<i>lisinopril tabs</i>	1	
<i>moexipril hcl</i>	1	
<i>perindopril erbumine</i>	1	
<i>quinapril hydrochloride</i>	1	
<i>ramipril</i>	1	
<i>trandolapril</i>	1	

ID de formulario: 25502, Versión: 9, Fecha efectiva: 03/01/2025

Este formulario se actualizó el 04 de febrero de 2025

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
Inhibidores del cotransportador 2 de sodio-glucosa (sodium-glucose co-transporter 2 inhibitors, SGLT)		
FARXIGA	3	
JARDIANCE	3	
Vasodilatadores, acción directa a nivel arterial/venoso		
<i>isosorbide dinitrate tabs</i>	3	
<i>isosorbide mononitrate</i>	2	
<i>isosorbide mononitrate er</i>	2	
<i>nitroglycerin transdermal</i>	3	
<i>nitroglycerin soln 0.4mg/spray</i>	4	
<i>nitroglycerin subl 0.3mg, 0.4mg, 0.6mg</i>	2	
VERQUVO	4	
Vasodilatadores, acción directa a nivel arterial		
<i>hydralazine hcl tabs 10mg</i>	2	
<i>hydralazine hydrochloride tabs 100mg, 25mg, 50mg</i>	2	
<i>minoxidil tabs</i>	2	
Agentes de antigout		
Agentes de antigout		
<i>allopurinol</i>	2	
<i>colchicine</i>	3	
GLOPERBA	4	
<i>probenecid</i>	3	
<i>probenecid/colchicine</i>	3	
Agentes de la enfermedad inflamatoria intestinal		
Aminosalicilatos		
<i>balsalazide disodium</i>	4	
<i>mesalamine dr</i>	4	
<i>mesalamine er</i>	4	
<i>mesalamine enem, kit, supp</i>	4	
<i>sulfasalazine tabs, tbec</i>	2	
Glucocorticoides		
<i>budesonide er</i>	5	NEDS
<i>budesonide cpep 3mg</i>	4	
<i>budesonide foam 2mg</i>	4	
CORTIFOAM FOAM	4	
<i>hydrocortisone crea 1%, 2.5%</i>	2	
<i>hydrocortisone enem 100mg/60ml</i>	4	
<i>procto-med hc</i>	2	
<i>proctosol hc</i>	2	
<i>proctozone-hc</i>	2	
Agentes de las enfermedades óseas metabólicas		
Agentes de las enfermedades óseas metabólicas		
<i>alendronate sodium tabs</i>	1	
<i>alendronate sodium soln</i>	4	

ID de formulario: 25502, Versión: 9, Fecha efectiva: 03/01/2025

Este formulario se actualizó el 04 de febrero de 2025

Puede encontrar información sobre el significado 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>calcitonin salmon</i>	3	
<i>calcitonin-salmon</i>	3	
<i>calcitriol caps 0.25mcg, 0.5mcg</i>	2	
<i>calcitriol soln 1mcg/ml</i>	4	
<i>cinacalcet hydrochloride</i>	4	
<i>paricalcitol</i>	4	
PROLIA	4	PA
RAYALDEE	5	NEDS
<i>risedronate sodium</i>	3	
<i>risedronate sodium dr</i>	4	
<i>teriparatide</i>	5	PA; NEDS
XGEVA	5	PA; NEDS
<i>zoledronic acid</i>	2	
Agentes del sistema nervioso central		
<i>Agentes de esclerosis múltiple</i>		
AVONEX PEN	5	NEDS; SP-Optum Specialty
AVONEX INJ 30MCG/0.5ML	5	NEDS; SP-Optum Specialty
BETASERON	5	NEDS; SP-Optum Specialty
<i>dalfampridine er</i>	3	SP-Optum Specialty
<i>dimethyl fumarate</i>	4	SP-Optum Specialty
<i> fingolimod hydrochloride</i>	5	NEDS
<i>glatiramer acetate inj 40mg/ml</i>	5	QL(12 ML por 28 días); NEDS
<i>glatiramer acetate inj 20mg/ml</i>	5	QL(30 ML por 30 días); NEDS
KESIMPTA	5	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
MAYZENT	5	NEDS; SP-Optum Specialty
MAYZENT STARTER PACK TBPK 0.25MG	4	SP-Optum Specialty
MAYZENT STARTER PACK TBPK 0.25MG	5	NEDS; SP-Optum Specialty
PLEGRIDY	5	NEDS; SP-Optum Specialty
PLEGRIDY STARTER PACK	5	NEDS; SP-Optum Specialty
REBIF	5	ST; NEDS; SP-Optum Specialty
REBIF REBIDOSE	5	ST; NEDS; SP-Optum Specialty

ID de formulario: 25502, Versión: 9, Fecha efectiva: 03/01/2025

Este formulario se actualizó el 04 de febrero de 2025

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
REBIF REBIDOSE TITRATION PACK	5	ST; NEDS; SP-Optum Specialty
REBIF TITRATION PACK	5	ST; NEDS; SP-Optum Specialty
<i>teriflunomide</i>	4	
VUMERITY	5	NEDS; SP-Optum Specialty
ZEPOSIA	5	NEDS
ZEPOSIA 7-DAY STARTER PACK	5	NEDS
ZEPOSIA STARTER KIT	5	NEDS
Agentes de fibromialgia		
SAVELLA	3	
SAVELLA TITRATION PACK	3	
Agentes para el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, anfetaminas		
<i>amphetamine/dextroamphetamine tabs</i>	2	
<i>amphetamine/dextroamphetamine cp24</i>	3	
<i>dextroamphetamine sulfate er</i>	4	
<i>dextroamphetamine sulfate tabs 10mg, 15mg, 20mg, 30mg, 5mg</i>	4	
Agentes para el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, no anfetaminas		
<i>atomoxetine hydrochloride caps 10mg, 25mg</i>	4	QL(60 EA por 30 días)
<i>atomoxetine caps 100mg, 80mg</i>	4	QL(30 EA por 30 días)
<i>atomoxetine caps 10mg, 18mg, 25mg, 40mg, 60mg</i>	4	QL(60 EA por 30 días)
<i>clonidine hydrochloride er</i>	3	
<i>dexmethylphenidate hcl er cp24 20mg, 35mg</i>	4	
<i>dexmethylphenidate hcl tabs 10mg, 5mg</i>	2	
<i>dexmethylphenidate hydrochloride er cp24 10mg, 15mg, 30mg, 40mg, 5mg</i>	4	
<i>dexmethylphenidate hydrochloride cp24</i>	4	
<i>dexmethylphenidate hydrochloride tabs 2.5mg</i>	2	
<i>guanfacine hydrochloride er</i>	3	QL(90 EA por 90 días)
<i>methylphenidate hydrochloride cd cpr 10mg, 20mg, 30mg, 50mg, 60mg</i>	4	
<i>methylphenidate hydrochloride er (la)</i>	4	
<i>methylphenidate hydrochloride er cp24 10mg, 20mg, 30mg, 40mg</i>	4	
<i>methylphenidate hydrochloride er cpr 40mg</i>	4	
<i>methylphenidate hydrochloride er tb24</i>	4	
<i>methylphenidate hydrochloride er tbc 10mg, 18mg, 20mg, 27mg, 36mg, 54mg</i>	4	
<i>methylphenidate hydrochloride tabs</i>	2	
<i>methylphenidate hydrochloride soln</i>	3	

ID de formulario: 25502, Versión: 9, Fecha efectiva: 03/01/2025

Este formulario se actualizó el 04 de febrero de 2025

Puede encontrar información sobre el significado 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>methylphenidate hydrochloride chew</i>	4	
Sistema nervioso central, otros		
AUSTEDO	5	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
AUSTEDO XR PATIENT TITRATION KIT TEPK 0	5	QL(56 EA por 365 días); PA; NEDS
AUSTEDO XR PATIENT TITRATION KIT TEPK 0	5	QL(84 EA por 365 días); PA; NEDS
AUSTEDO XR TB24 6MG	5	QL(210 EA por 30 días); PA; NEDS
AUSTEDO XR TB24 18MG, 30MG, 36MG, 42MG, 48MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA; NEDS
AUSTEDO XR TB24 24MG	5	QL(60 EA por 30 días); PA; NEDS
AUSTEDO XR TB24 12MG	5	QL(90 EA por 30 días); PA; NEDS
COBENFY	5	QL(60 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
COBENFY STARTER PACK	5	QL(112 EA por 365 días); PA NSO; NEDS
INGREZZA	5	PA; NEDS
NUEDEXTA	3	PA
RADICAVA ORS	5	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
RADICAVA ORS STARTER KIT	5	PA; NEDS
<i>riluzole</i>	4	
<i>tetrabenazine</i>	4	PA; SP-Optum Specialty
VEOZAH	4	QL(30 EA por 30 días); PA
Agentes del trastorno del sueño		
Agentes estimulantes de insomnio		
<i>armodafinil</i>	3	PA
<i>modafinil tabs</i>	2	PA
<i>sodium oxybate</i>	5	PA; NEDS
Agentes somníferos		
BELSOMRA	3	
<i>eszopiclone</i>	2	
<i>flurazepam hcl</i>	2	
<i>flurazepam hydrochloride</i>	2	
<i>ramelteon</i>	4	QL(30 EA por 30 días)
<i>tasimelteon</i>	5	PA; NEDS
<i>temazepam caps 15mg, 30mg, 7.5mg</i>	2	
<i>triazolam</i>	3	
<i>zaleplon</i>	2	

ID de formulario: 25502, Versión: 9, Fecha efectiva: 03/01/2025

Este formulario se actualizó el 04 de febrero de 2025

Puede encontrar información sobre el significado 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>zolpidem tartrate tabs</i>	2	
Agentes dentales y orales		
<i>Agentes dentales y orales</i>		
<i>cevimeline hydrochloride</i>	4	
<i>chlorhexidine gluconate</i>	1	
<i>kourzeq</i>	3	
<i>lidocaine hydrochloride viscous</i>	2	
<i>lidocaine viscous</i>	2	
<i>oralone dental paste</i>	3	
<i>periogard</i>	1	
<i>pilocarpine hydrochloride</i>	4	
<i>sf 5000 plus</i>	2	
<i>sodium fluoride</i>	2	
<i>sodium fluoride 5000 plus</i>	2	
<i>sodium fluoride 5000 ppm</i>	2	
<i>triamcinolone acetamide dental paste</i>	3	
Agentes dermatológicos		
<i>Agentes dermatológicos, otros</i>		
<i>calcipotriene crea</i>	3	QL(120 GM por 30 días)
<i>calcipotriene oint</i>	4	QL(120 GM por 30 días)
<i>calcipotriene soln</i>	4	QL(120 ML por 30 días)
<i>calcitriol oint 3mcg/gm</i>	4	
<i>clotrimazole/betamethasone dipropionate crea</i>	2	
<i>clotrimazole/betamethasone dipropionate lotn</i>	4	
<i>diclofenac sodium gel 3%</i>	3	QL(200 GM por 30 días)
<i>fluorouracil crea 5%</i>	3	
<i>fluorouracil soln</i>	4	
<i>imiquimod crea 5%</i>	3	
<i>imiquimod crea 3.75%</i>	4	
<i>nystatin/triamcinolone</i>	2	
<i>nystatin/triamcinolone acetamide oint</i>	2	
OTEZLA TABS 20MG, 30MG	5	QL(60 EA por 30 días); PA; NEDS
<i>podofilox</i>	4	
PROCTOFOAM HC	4	
SANTYL	4	
<i>silver sulfadiazine</i>	2	
<i>ssd</i>	2	
<i>Agentes desencadenantes de acné y rosácea</i>		
<i>acutane</i>	4	
<i>acitretin</i>	4	
<i>adapalene gel</i>	4	PA
<i>amnesteem</i>	4	
<i>avita</i>	2	PA

ID de formulario: 25502, Versión: 9, Fecha efectiva: 03/01/2025

Este formulario se actualizó el 04 de febrero de 2025

Puede encontrar información sobre el significado 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>azelaic acid</i>	4	
<i>claravis</i>	4	
<i>clindamycin phosphate/benzoyl peroxide gel 2.5%; 1.2%, 5%; 1.2%</i>	4	
<i>clindamycin/benzoyl peroxide</i>	4	
<i>isotretinoin caps</i>	4	
<i>metronidazole crea 0.75%</i>	2	
<i>metronidazole gel 0.75%, 1%</i>	4	
<i>metronidazole lotn 0.75%</i>	4	
MYORISAN	4	
NEUAC	4	
<i>rosadan crea</i>	2	
<i>rosadan gel</i>	4	
<i>tazarotene crea 0.1%</i>	3	PA
<i>tazarotene crea 0.05%</i>	4	PA
<i>tazarotene gel</i>	4	PA
<i>tretinoin microsphere</i>	4	PA
<i>tretinoin crea 0.025%, 0.05%, 0.1%</i>	3	PA
ZENATANE	4	
Agentes desencadenantes de dermatitis y prurito		
<i>amcinonide crea</i>	4	
<i>ammonium lactate crea, lotn</i>	2	
<i>betamethasone dipropionate augmented crea, lotn</i>	2	
<i>betamethasone dipropionate augmented oint</i>	3	
<i>betamethasone dipropionate augmented gel</i>	4	
<i>betamethasone dipropionate crea, lotn</i>	3	
<i>betamethasone dipropionate oint</i>	4	
<i>betamethasone valerate crea, lotn, oint</i>	3	
<i>clobetasol propionate e</i>	4	QL(240 GM por 30 días)
<i>clobetasol propionate crea, oint</i>	2	QL(240 GM por 30 días)
<i>clobetasol propionate soln</i>	3	QL(200 ML por 30 días)
<i>clobetasol propionate sham</i>	3	QL(236 ML por 30 días)
<i>clobetasol propionate gel</i>	3	QL(240 GM por 30 días)
<i>clodan</i>	3	QL(236 ML por 30 días)
<i>desonide crea, oint</i>	3	
<i>desoximetasone crea</i>	4	
DESRX	4	
<i>fluocinolone acetonide body</i>	4	
<i>fluocinolone acetonide scalp</i>	4	
<i>fluocinolone acetonide topical</i>	4	
<i>fluocinolone acetonide crea 0.01%, 0.025%</i>	4	
<i>fluocinolone acetonide oint 0.025%</i>	3	
<i>fluocinolone acetonide soln 0.01%</i>	2	
<i>fluocinonide</i>	3	

ID de formulario: 25502, Versión: 9, Fecha efectiva: 03/01/2025

Este formulario se actualizó el 04 de febrero de 2025

Puede encontrar información sobre el significado 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>fluocinonide emulsified base</i>	4	
<i>fluticasone propionate crea 0.05%</i>	2	
<i>fluticasone propionate oint 0.005%</i>	3	
<i>halobetasol propionate crea, oint</i>	4	
<i>hydrocortisone butyrate oint</i>	3	
<i>hydrocortisone valerate crea</i>	3	
<i>hydrocortisone valerate oint</i>	4	
<i>hydrocortisone crea 1%, 2.5%</i>	1	
<i>hydrocortisone lotn 2.5%</i>	2	
<i>hydrocortisone oint 1%</i>	1	
<i>hydrocortisone oint 2.5%</i>	2	
<i>mometasone furoate crea 0.1%</i>	2	
<i>mometasone furoate oint 0.1%</i>	2	
<i>mometasone furoate soln 0.1%</i>	3	
<i>pimecrolimus</i>	4	
<i>prednicarbate oint</i>	2	
<i>selenium sulfide</i>	2	
<i>tacrolimus oint 0.03%, 0.1%</i>	4	
<i>triamcinolone acetanide crea 0.025%, 0.1%, 0.5%</i>	2	
<i>triamcinolone acetanide lotn 0.025%, 0.1%</i>	3	
<i>triamcinolone acetanide oint 0.025%, 0.1%, 0.5%</i>	2	
TRITOCIN	3	
Antiinfecciosos tópicos		
<i>ciclopirox nail lacquer</i>	3	
<i>ciclopirox olamine</i>	2	
<i>ciclopirox gel, sham, susp</i>	3	
<i>clindamycin phosphate gel 1%</i>	1	
<i>clindamycin phosphate lotn 1%</i>	3	
<i>clindamycin phosphate external soln 1%</i>	2	
<i>ery</i>	4	
<i>erythromycin gel 2%</i>	3	
<i>erythromycin soln 2%</i>	2	
MENTAX	4	
<i>mupirocin oint</i>	2	QL(44 GM por 30 días)
<i>mupirocin crea</i>	4	QL(180 GM por 30 días)
SULFAMYLON CREA	4	
Pediculicidas/escabicidas		
<i>malathion</i>	4	
<i>permethrin crea</i>	3	
Agentes gastrointestinales		
Agentes antidiarreicos		
<i>alosetron hydrochloride tabs 0.5mg</i>	4	PA
<i>alosetron hydrochloride tabs 1mg</i>	5	PA; NEDS
<i>loperamide hcl caps</i>	3	

ID de formulario: 25502, Versión: 9, Fecha efectiva: 03/01/2025

Este formulario se actualizó el 04 de febrero de 2025

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
XERMELO	5	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
Agentes antiestreñimiento		
<i>constulose</i>	2	
<i>enulose</i>	2	
<i>generlac</i>	2	
<i>lactulose soln</i>	2	
LINZESS	3	
<i>lubiprostone</i>	4	
MOVANTIK	3	
OSMOPREP	4	
Agentes gastrointestinales, otros		
CLENPIQ	3	
<i>gavilyte-c</i>	3	
<i>gavilyte-g</i>	3	
<i>gavilyte-n/flavor pack</i>	3	
<i>metoclopramide hcl inj, oral soln</i>	2	
<i>metoclopramide hcl tabs 5mg</i>	1	
<i>metoclopramide hydrochloride tabs 10mg</i>	1	
<i>nitroglycerin oint 0.4%</i>	4	QL(30 GM por 30 días)
<i>opium</i>	2	
<i>opium tincture tinc 1%</i>	2	
<i>peg-3350/electrolytes</i>	3	
<i>peg-3350/electrolytes/ascorbate</i>	4	
<i>peg-3350/nacl/na bicarbonate/kcl</i>	3	
<i>peg-3350/sodium sulf/naclpotassium cl/na ascorbate/ascorbic</i>	4	
RECTIV	4	QL(30 GM por 30 días)
<i>sodium sulfate/potassium sulfate/magnesium sulfate</i>	4	
<i>ursodiol caps 300mg</i>	3	
<i>ursodiol tabs</i>	4	
VOWST	5	PA; NEDS
XIFAXAN TABS 550MG	5	PA; NEDS
Antagonistas de los receptores de la histamina2 (H2)		
<i>cimetidine tabs</i>	4	
<i>famotidine tabs 20mg, 40mg</i>	2	
Antiespasmódicos, gastrointestinal		
<i>dicyclomine hcl soln</i>	4	
<i>dicyclomine hydrochloride caps, tabs</i>	2	
<i>glycopyrrolate soln</i>	3	
<i>glycopyrrolate tabs 1mg, 2mg</i>	3	
Inhibidores de la bomba de protones		
DEXLANSOPRAZOLE	4	
<i>esomeprazole magnesium cpdr</i>	3	
<i>esomeprazole magnesium pack 10mg, 20mg, 40mg</i>	4	

ID de formulario: 25502, Versión: 9, Fecha efectiva: 03/01/2025

Este formulario se actualizó el 04 de febrero de 2025

Puede encontrar información sobre el significado 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>lansoprazole cpdr</i>	2	
<i>omeprazole dr cpdr 10mg</i>	2	
<i>omeprazole cpdr 20mg, 40mg</i>	2	
<i>pantoprazole sodium tbec</i>	2	
<i>rabeprazole sodium</i>	2	
Protectores		
<i>misoprostol</i>	3	
<i>sucralfate tabs</i>	3	
<i>sucralfate susp</i>	4	
Agentes genitourinarios		
Agentes de hiperplasia benigna de próstata		
<i>alfuzosin hcl er</i>	2	
<i>doxazosin mesylate</i>	2	
<i>dutasteride/tamsulosin hydrochloride</i>	4	
<i>dutasteride caps</i>	2	
<i>finasteride tabs</i>	2	
<i>tadalafil tabs 10mg, 20mg</i>	2	QL(4 EA por 30 días); EC
<i>tadalafil tabs 2.5mg, 5mg</i>	3	QL(30 EA por 30 días); PA
<i>tamsulosin hydrochloride</i>	2	
<i>terazosin hcl caps 10mg, 1mg, 5mg</i>	2	
<i>terazosin hydrochloride caps 2mg</i>	2	
Agentes genitourinarios, otros		
<i>acetic acid 0.25%</i>	2	
<i>bethanechol chloride tabs</i>	3	
ELMIRON	4	
<i>sildenafil citrate tabs 100mg, 25mg, 50mg</i>	2	QL(4 EA por 30 días); EC
<i>sildenafil tabs 25mg</i>	2	QL(4 EA por 30 días); EC
<i>tiopronin dr</i>	5	NEDS
<i>vardenafil hydrochloride</i>	2	QL(4 EA por 30 días); EC
<i>vardenafil hydrochloride odt</i>	2	QL(4 EA por 30 días); EC
Antiespasmódicos, urinario		
<i>darifenacin hydrobromide er</i>	4	
GEMTESA	4	
<i>mirabegron er</i>	3	
MYRBETRIQ	3	
<i>oxybutynin chloride er</i>	3	
<i>oxybutynin chloride soln</i>	2	
<i>oxybutynin chloride tabs 5mg</i>	2	
<i>oxybutynin chloride tabs 2.5mg</i>	3	
<i>solifenacin succinate</i>	3	
<i>tolterodine tartrate</i>	4	
<i>tolterodine tartrate er</i>	4	
<i>tropium chloride</i>	3	

ID de formulario: 25502, Versión: 9, Fecha efectiva: 03/01/2025

Este formulario se actualizó el 04 de febrero de 2025

Puede encontrar información sobre el significado 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 hormonales, estimulación/sustitución/modificación (hipófisis)		
<i>Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (hipófisis)</i>		
<i>desmopressin acetate tabs</i>	4	
<i>desmopressin acetate soln 0.01%</i>	2	
<i>desmopressin acetate soln 0.01% (refrigerated)</i>	4	
GENOTROPIN	5	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
GENOTROPIN MINIQUICK INJ 0.2MG	3	PA; SP-Optum Specialty
GENOTROPIN MINIQUICK INJ 0.4MG, 0.6MG, 0.8MG, 1.2MG, 1.4MG, 1.6MG, 1.8MG, 1MG, 2MG	5	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
INCRELEX	5	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (hormonas sexuales/modificadores)		
<i>Agentes de modificación selectiva de los receptores estrogénicos</i>		
OSPHENA	4	
<i>raloxifene hydrochloride</i>	2	
Andrógenos		
<i>danazol caps</i>	4	
<i>testosterone cypionate inj 100mg/ml, 200mg/ml</i>	2	
<i>testosterone enanthate inj</i>	2	
<i>testosterone pump gel 1.62%</i>	3	
<i>testosterone pump gel 1%</i>	4	
<i>testosterone gel 20.25mg/1.25gm, 40.5mg/2.5gm</i>	3	
<i>testosterone gel 25mg/2.5gm, 50mg/5gm</i>	4	
Estrógenos		
<i>amabelz</i>	3	
<i>amethia</i>	4	
<i>apri</i>	2	
<i>ashlyna</i>	4	
<i>aviane</i>	4	
<i>azurette</i>	4	
<i>balziva</i>	4	
<i>briellyn</i>	4	
<i>desogestrel/ethinyl estradiol tabs 0; 0</i>	4	
<i>dotti</i>	4	
<i>drospirenone/ethinyl estradiol tabs 3mg; 0.03mg</i>	3	
<i>eluryng</i>	4	
<i>enilloring</i>	4	
<i>estradiol valerate inj</i>	4	
<i>estradiol/norethindrone acetate</i>	3	
<i>estradiol oral tabs</i>	2	

ID de formulario: 25502, Versión: 9, Fecha efectiva: 03/01/2025

Este formulario se actualizó el 04 de febrero de 2025

Puede encontrar información sobre el significado 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>estradiol crea, ptwk</i>	3	
<i>estradiol pttw, vaginal tabs</i>	4	
ESTRING	4	
<i>etonogestrel/ethinyl estradiol</i>	3	
<i>falmina</i>	4	
<i>finzala</i>	3	
<i>fyavolv tabs 5mcg; 1mg</i>	3	
<i>fyavolv tabs 2.5mcg; 0.5mg</i>	4	
<i>haloette</i>	4	
<i>iclevia</i>	4	
IMVEXXY MAINTENANCE PACK	3	
IMVEXXY STARTER PACK	3	
<i>introvale</i>	4	
<i>jinteli</i>	3	
<i>joyeaux</i>	4	
<i>junel 1.5/30</i>	4	
<i>junel 1/20</i>	4	
<i>junel fe 1.5/30</i>	4	
<i>junel fe 1/20</i>	4	
<i>junel fe 24</i>	4	
<i>kariva</i>	4	
<i>kelnor 1/35</i>	4	
<i>larin 1.5/30</i>	4	
<i>larin 1/20</i>	4	
<i>larin fe 1.5/30</i>	4	
<i>larin fe 1/20</i>	4	
<i>lessina</i>	4	
<i>levonest</i>	4	
<i>levonorgestrel and ethinyl estradiol tabs 20mcg; 90mcg</i>	4	
<i>levonorgestrel/ethinyl estradiol</i>	4	
<i>levora 0.15/30-28</i>	4	
<i>marlissa</i>	4	
<i>mibelas 24 fe</i>	3	
<i>microgestin 1.5/30</i>	4	
<i>microgestin 1/20</i>	4	
<i>microgestin fe 1.5/30</i>	4	
<i>microgestin fe 1/20</i>	4	
<i>necon 0.5/35-28</i>	4	
<i>nikki</i>	3	
<i>norelgestromin/ethinyl estradiol</i>	3	
<i>norethindrone acetate/ethinyl estradiol/ferrous fumarate tabs 0; 75mg; 1mg</i>	3	
<i>norethindrone acetate/ethinyl estradiol tabs 5mcg; 1mg</i>	3	
<i>norethindrone acetate/ethinyl estradiol tabs 2.5mcg; 0.5mg</i>	4	

ID de formulario: 25502, Versión: 9, Fecha efectiva: 03/01/2025

Este formulario se actualizó el 04 de febrero de 2025

Puede encontrar información sobre el significado 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>nortrel 0.5/35 (28)</i>	4	
<i>nortrel 1/35</i>	4	
<i>nortrel 7/7/7</i>	4	
<i>portia-28</i>	4	
PREMARIN CREA	3	
PREMARIN TABS 0.3MG, 0.45MG, 0.625MG, 0.9MG, 1.25MG	4	
PREMPHASE	4	
<i>tarina fe 1/20 eq</i>	4	
<i>taysofy</i>	2	
<i>tri-sprintec</i>	2	
<i>trivora-28</i>	4	
<i>turqoz</i>	4	
<i>velivet</i>	4	
<i>vyfemla</i>	4	
<i>xulane</i>	3	
<i>yuvafem</i>	4	
<i>zafemy</i>	3	
<i>zovia 1/35</i>	4	
Progestinas		
<i>camila</i>	2	
<i>deblitane</i>	2	
DEPO-SUBQ PROVERA 104	3	
<i>errin</i>	2	
<i>gallifrey</i>	3	
<i>heather</i>	2	
LILETTA	3	
<i>medroxyprogesterone acetate tabs</i>	1	
<i>medroxyprogesterone acetate inj</i>	2	
<i>megestrol acetate tabs</i>	2	
<i>megestrol acetate susp 40mg/ml</i>	3	
<i>megestrol acetate susp 625mg/5ml</i>	4	
NEXPLANON	3	
<i>norethindrone acetate tabs</i>	3	
<i>progesterone caps</i>	3	
<i>sharobel</i>	2	
Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (suprarrenal)		
Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (suprarrenal)		
DEPO-MEDROL	3	
<i>dexamethasone</i>	2	
<i>dexamethasone intensol</i>	2	
<i>dexamethasone sodium phosphate +rfd</i>	2	

ID de formulario: 25502, Versión: 9, Fecha efectiva: 03/01/2025

Este formulario se actualizó el 04 de febrero de 2025

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>dexamethasone sodium phosphate inj 100mg/10ml, 10mg/ml, 120mg/30ml, 20mg/5ml, 4mg/ml</i>	2	
<i>fludrocortisone acetate</i>	3	
<i>hydrocortisone sodium succinate</i>	4	
<i>hydrocortisone tabs 10mg, 20mg, 5mg</i>	3	
<i>kenalog-10</i>	2	
<i>methylprednisolone</i>	2	
<i>methylprednisolone acetate</i>	2	
<i>methylprednisolone dose pack</i>	2	
<i>prednisolone</i>	4	
<i>prednisolone sodium phosphate oral soln 15mg/5ml</i>	2	
<i>prednisolone sodium phosphate oral soln 5mg/5ml</i>	3	
<i>prednisolone sodium phosphate oral soln 10mg/5ml, 20mg/5ml, 25mg/5ml</i>	4	
<i>prednisone tabs</i>	1	
<i>prednisone tbpk</i>	3	
<i>prednisone soln</i>	4	
SOLU-CORTEF	4	
<i>triamcinolone acetate inj 40mg/ml</i>	2	
Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (tiroides)		
Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (tiroides)		
ADTHYZA	4	
ARMOUR THYROID	4	
<i>euthyrox</i>	1	
<i>levo-t</i>	1	
<i>levothyroxine sodium</i>	1	
<i>levoxyl</i>	1	
<i>liothyronine sodium</i>	3	
NIVA THYROID TABS 15MG	4	
<i>niva thyroid tabs 120mg, 30mg, 60mg, 90mg</i>	4	
<i>np thyroid 120</i>	2	
<i>np thyroid 15</i>	2	
<i>np thyroid 30</i>	2	
<i>np thyroid 60</i>	2	
<i>np thyroid 90</i>	2	
SYNTHROID	4	
THYROID	4	
<i>unithroid</i>	1	
Agentes hormonales, inhibidor (tiroides)		
Agentes anti-tiroides		
<i>methimazole tabs 10mg, 5mg</i>	2	
<i>propylthiouracil tabs</i>	3	

ID de formulario: 25502, Versión: 9, Fecha efectiva: 03/01/2025

Este formulario se actualizó el 04 de febrero de 2025

Puede encontrar información sobre el significado 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 hormonales, supresores (suprarrenales o pituitaria)		
<i>Hormonal Agents, Suppressant (Adrenal or Pituitary)</i>		
<i>cabergoline</i>	3	
ELIGARD	4	
FIRMAGON INJ 80MG	4	
FIRMAGON INJ 120MG/VIAL	5	NEDS
KORLYM	5	QL(120 EA por 30 días); PA; NEDS
<i>lanreotide acetate</i>	5	NEDS
<i>leuprolide acetate</i>	4	SP-Optum Specialty
LUPRON DEPOT (1-MONTH)	5	NEDS
LUPRON DEPOT (3-MONTH)	5	NEDS
LUPRON DEPOT (4-MONTH)	5	NEDS
LUPRON DEPOT (6-MONTH)	5	NEDS
<i>mifepristone</i>	5	QL(120 EA por 30 días); PA; NEDS
<i>octreotide acetate inj 100mcg/ml, 50mcg/ml</i>	2	
<i>octreotide acetate inj 100mcg/ml, 200mcg/ml, 500mcg/ml, 50mcg/ml</i>	4	SP-Optum Specialty
<i>octreotide acetate inj 1000mcg/ml</i>	5	NEDS; SP-Optum Specialty
ORGOVYX	5	PA NSO; NEDS
SIGNIFOR	5	QL(60 ML por 30 días); PA; NEDS
SOMATULINE DEPOT	5	NEDS
SOMAVERT	5	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
SYNAREL	5	NEDS
Agentes inmunológicos		
<i>Agentes inmunológicos, otros</i>		
ARCALYST	5	PA; NEDS
BENLYSTA	5	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
COSENTYX SENSOREADY PEN	5	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
COSENTYX UNOREADY	5	PA; NEDS
COSENTYX INJ 125MG/5ML	5	PA; NEDS
COSENTYX INJ 150MG/ML, 75MG/0.5ML	5	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
DUPIXENT	5	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
ORENCIA CLICKJECT	5	QL(4 ML por 28 días); PA; NEDS

ID de formulario: 25502, Versión: 9, Fecha efectiva: 03/01/2025

Este formulario se actualizó el 04 de febrero de 2025

Puede encontrar información sobre el significado 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	5	QL(1.6 ML por 28 días); PA; NEDS
ORENCIA INJ 87.5MG/0.7ML	5	QL(2.8 ML por 28 días); PA; NEDS
ORENCIA INJ 125MG/ML	5	QL(4 ML por 28 días); PA; NEDS
OTEZLA TBPK 0	5	QL(110 EA por 365 días); PA; NEDS
RINVOQ	5	QL(30 EA por 30 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
RINVOQ LQ	5	QL(360 ML por 30 días); PA; NEDS
SKYRIZI PEN	5	QL(1 ML por 28 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
SKYRIZI INJ 600MG/10ML	5	PA; NEDS
SKYRIZI INJ 150MG/ML	5	QL(1 ML por 28 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
SKYRIZI INJ 180MG/1.2ML	5	QL(1.2 ML por 28 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
SKYRIZI INJ 360MG/2.4ML	5	QL(2.4 ML por 28 días); PA; NEDS
STELARA INJ 45MG/0.5ML	5	QL(1 ML por 28 días); PA; NEDS
STELARA INJ 45MG/0.5ML, 90MG/ML	5	QL(1 ML por 28 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
TAVNEOS	5	PA; NEDS
XELJANZ XR	5	QL(30 EA por 30 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
XELJANZ SOLN	5	QL(300 ML por 30 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
XELJANZ TABS	5	QL(60 EA por 30 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
XOLAIR INJ 150MG/ML, 150MG, 300MG/2ML, 75MG/0.5ML	5	PA; NEDS
XOLAIR INJ 150MG/ML	5	PA; NEDS; SP-Optum Specialty

ID de formulario: 25502, Versión: 9, Fecha efectiva: 03/01/2025

Este formulario se actualizó el 04 de febrero de 2025

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
Agentes para angioedema		
BERINERT	5	PA; NEDS
HAEGARDA	5	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
<i>icatibant acetate</i>	5	QL(18 ML por 30 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
Inmunostimulantes		
ACTIMMUNE	5	NEDS; SP-Optum Specialty
BESREMI	5	PA NSO; NEDS
PEGASYS INJ 180MCG/ML	5	QL(4 ML por 28 días); NEDS; SP-Optum Specialty
Inmunoglobulinas		
BIVIGAM INJ 10%, 5GM/50ML	5	PA BvD; NEDS; HI
CUVITRU	5	PA BvD; NEDS
FLEBOGAMMA DIF INJ 10GM/100ML, 10GM/200ML, 2.5GM/50ML, 20GM/200ML, 20GM/400ML, 5GM/100ML, 5GM/50ML	5	PA BvD; NEDS; HI
GAMMAGARD LIQUID INJ 10GM/100ML, 2.5GM/25ML, 20GM/200ML, 30GM/300ML, 5GM/50ML	5	PA BvD; NEDS; HI
GAMMAPLEX INJ 10GM/100ML, 10GM/200ML, 20GM/200ML, 20GM/400ML, 5GM/100ML, 5GM/50ML	5	PA BvD; NEDS; HI
HIZENTRA	5	PA BvD; NEDS
OCTAGAM INJ 10GM/100ML, 10GM/200ML, 1GM/20ML, 2.5GM/50ML, 20GM/200ML, 2GM/20ML, 30GM/300ML, 5GM/100ML, 5GM/50ML	5	PA BvD; NEDS; HI
PRIVIGEN	5	PA BvD; NEDS; HI
Inmunosupresores		
<i>azathioprine tabs 50mg</i>	3	PA BvD
<i>azathioprine tabs 100mg, 75mg</i>	4	PA BvD
<i>cyclosporine modified</i>	4	PA BvD
<i>cyclosporine caps 100mg, 25mg</i>	4	PA BvD
ENBREL MINI	5	QL(8 ML por 28 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
ENBREL SURECLICK	5	QL(8 ML por 28 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
ENBREL INJ 50MG/ML	5	QL(8 ML por 28 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty

ID de formulario: 25502, Versión: 9, Fecha efectiva: 03/01/2025

Este formulario se actualizó el 04 de febrero de 2025

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
ENBREL INJ 25MG/0.5ML	5	QL(8.16 ML por 28 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
ENVARUSUS XR TB24 0.75MG, 1MG	4	PA BvD
ENVARUSUS XR TB24 4MG	5	PA BvD; NEDS
<i>everolimus tabs 0.25mg, 0.5mg, 0.75mg, 1mg</i>	5	QL(60 EA por 30 días); PA BvD; NEDS
GENGRAF SOLN	4	PA BvD
GENGRAF CAPS 100MG, 25MG	4	PA BvD
HUMIRA PEDIATRIC CROHNS DISEASE STARTER PACK INJ 0, 80MG/0.8ML	5	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
HUMIRA PEN-CD/UC/HS STARTER	5	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
HUMIRA PEN-PEDIATRIC UC STARTER PACK	5	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
HUMIRA PEN-PS/UV STARTER	5	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
HUMIRA PEN INJ 80MG/0.8ML	5	QL(4 EA por 28 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
HUMIRA PEN INJ 40MG/0.4ML, 40MG/0.8ML	5	QL(6 EA por 28 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
HUMIRA INJ 10MG/0.1ML, 20MG/0.2ML, 40MG/0.4ML, 40MG/0.8ML	5	QL(6 EA por 28 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
JYLAMVO	5	NEDS
<i>leflunomide</i>	2	
<i>methotrexate sodium tabs</i>	2	
<i>methotrexate sodium inj 1gm/40ml, 250mg/10ml, 50mg/2ml</i>	2	
<i>methotrexate inj 50mg/2ml</i>	2	
<i>mycophenolate mofetil caps, tabs</i>	3	PA BvD
<i>mycophenolate mofetil susr</i>	5	PA BvD; NEDS
<i>mycophenolic acid dr</i>	4	PA BvD
NULOJIX	5	NEDS
PEGASYS INJ 180MCG/0.5ML	5	QL(4 ML por 28 días); NEDS; SP-Optum Specialty
PROGRAF PACK	4	PA BvD
REZUROCK	5	PA; NEDS
<i>sirolimus tabs</i>	4	PA BvD
<i>sirolimus soln</i>	5	PA BvD; NEDS
<i>tacrolimus caps 0.5mg, 1mg, 5mg</i>	4	PA BvD
TREXALL	4	

ID de formulario: 25502, Versión: 9, Fecha efectiva: 03/01/2025

Este formulario se actualizó el 04 de febrero de 2025

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
XATMEP	4	
Vacunas		
ABRYSVO	6	
ACTHIB INJ 0	6	
ADACEL	6	
AREXVY	6	
BCG VACCINE INJ 50MG	6	
BEXSERO	6	
BOOSTRIX	6	
DAPTACEL INJ 15LF/0.5ML; 23MCG/0.5ML; 5LF/0.5ML	6	
DENGVAXIA	6	
DIPHTHERIA/TETANUS TOXOIDS ADSORBED PEDIATRIC	6	
ENGERIX-B	6	PA BvD
GARDASIL 9	6	
HAVRIX INJ 1440ELU/ML, 720ELU/0.5ML	6	
HEPLISAV-B	6	PA BvD
HIBERIX	6	
IMOVAX RABIES (H.D.C.V.)	6	
INFANRIX	6	
IPOL INACTIVATED IPV	6	
IXCHIQ	6	
IXIARO	6	
JYNNEOS	6	
KINRIX INJ 25LFU/0.5ML; 58MCG/0.5ML; 0; 10LFU/0.5ML	6	
M-M-R II	6	
MENACTRA	6	
MENQUADFI	6	
MENVEO	6	
MRESVIA	6	
PEDIARIX INJ 25LFU/0.5ML; 10MCG/0.5ML; 58MCG/0.5ML; 0; 10LFU/0.5ML	6	
PEDVAX HIB INJ 7.5MCG/0.5ML	6	
PENBRAYA	6	
PENTACEL	6	
PREHEVBRIO	6	PA BvD
PRIORIX	6	
PROQUAD	6	
QUADRACEL	6	
RABAVERT	6	
RECOMBIVAX HB	6	PA BvD
ROTARIX	6	
ROTATEQ SOLN	6	

ID de formulario: 25502, Versión: 9, Fecha efectiva: 03/01/2025

Este formulario se actualizó el 04 de febrero de 2025

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
SHINGRIX	6	
STAMARIL	6	
TDVAX	6	
TENIVAC	6	
TICOVAC	6	
TRUMENBA	6	
TWINRIX	6	
TYPHIM VI	6	
VAQTA	6	
VARIVAX	6	
VAXCHORA	6	
YF-VAX	6	
Agentes oftálmicos		
<i>Agentes oftálmicos antialérgicos</i>		
ALOCRIL	4	
<i>azelastine hcl ophthalmic soln 0.05%</i>	2	
<i>bepotastine besilate</i>	4	
<i>cromolyn sodium soln 4%</i>	2	
<i>epinastine hcl</i>	4	
<i>olopatadine hcl</i>	3	
<i>olopatadine hydrochloride soln 0.2%</i>	3	
<i>Agentes oftálmicos bloqueantes beta adrenérgicos</i>		
<i>betaxolol hcl</i>	4	
BETIMOL	4	
<i>carteolol hcl</i>	2	
<i>levobunolol hcl soln 0.5%</i>	3	
<i>timolol hemihydrate</i>	4	
<i>timolol maleate ophthalmic gel forming</i>	4	
<i>timolol maleate soln 0.25%, 0.5%</i>	1	
<i>timolol maleate soln 0.5%</i>	4	
<i>Agentes oftálmicos para la disminución de la presión intraocular, otros</i>		
<i>acetazolamide</i>	2	
<i>acetazolamide er</i>	2	
ALPHAGAN P SOLN 0.1%	3	
<i>apraclonidine</i>	4	
<i>brimonidine tartrate soln 0.2%</i>	2	
<i>brimonidine tartrate soln 0.1%</i>	3	
<i>brimonidine tartrate soln 0.15%</i>	4	
<i>brinzolamide</i>	4	
<i>dorzolamide hydrochloride</i>	2	
<i>methazolamide tabs</i>	4	
PHOSPHOLINE IODIDE SOLR 0.125%	3	
<i>pilocarpine hcl soln 1%, 2%, 4%</i>	3	

ID de formulario: 25502, Versión: 9, Fecha efectiva: 03/01/2025

Este formulario se actualizó el 04 de febrero de 2025

Puede encontrar información sobre el significado 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	3	
Agentes oftálmicos, otros		
<i>atropine sulfate soln 1%</i>	4	
<i>bacitracin/polymyxin b</i>	2	
<i>brimonidine tartrate/timolol maleate</i>	4	
<i>cyclopentolate hcl soln 2%</i>	2	
<i>cyclopentolate hydrochloride</i>	2	
<i>cyclosporine emul 0.05%</i>	4	
CYSTARAN	5	NEDS
<i>dorzolamide hcl/timolol maleate</i>	2	
<i>dorzolamide hydrochloride/timolol maleate pf</i>	4	
<i>neo-polycin</i>	3	
<i>neo-polycin hc</i>	3	
<i>neomycin/bacitracin/polymyxin</i>	3	
<i>neomycin/polymyxin/bacitracin/hydrocortisone</i>	3	
<i>neomycin/polymyxin/dexamethasone susp</i>	2	
<i>neomycin/polymyxin/dexamethasone oint</i>	3	
<i>neomycin/polymyxin/gramicidin</i>	3	
<i>neomycin/polymyxin/hydrocortisone ophthalmic susp 1%; 3.5mg/ml; 10000unit/ml</i>	4	
<i>polycin</i>	2	
<i>polymyxin b sulfate/trimethoprim sulfate</i>	2	
RESTASIS	3	
RESTASIS MULTIDOSE	3	
ROCKLATAN	3	
SIMBRINZA	3	
<i>sulfacetamide sodium/prednisolone sodium phosphate</i>	2	
TOBRADEX ST	3	
<i>tobramycin/dexamethasone</i>	3	
XIIDRA	4	
Antiinfecciosos oftálmicos		
<i>bacitracin</i>	4	
BESIVANCE	4	
<i>ciprofloxacin hydrochloride soln 0.3%</i>	2	
<i>erythromycin oint 5mg/gm</i>	2	
<i>gatifloxacin</i>	4	
<i>gentak oint</i>	2	
<i>gentamicin sulfate ophthalmic soln 0.3%</i>	2	
<i>levofloxacin ophthalmic soln 1.5%</i>	3	
<i>moxifloxacin hydrochloride soln 0.5%</i>	2	
NATACYN	4	
<i>ofloxacin ophthalmic soln 0.3%</i>	2	
<i>sulfacetamide sodium oint 10%</i>	3	
<i>sulfacetamide sodium soln 10%</i>	3	

ID de formulario: 25502, Versión: 9, Fecha efectiva: 03/01/2025

Este formulario se actualizó el 04 de febrero de 2025

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>tobramycin</i>	2	
<i>trifluridine</i>	4	
XDEMVI	5	PA; NEDS
ZIRGAN	4	
Antiinflamatorios oftálmicos		
<i>bromfenac</i>	4	
<i>bromfenac sodium soln 0.07%</i>	3	
<i>bromfenac sodium soln 0.075%</i>	4	
BROMSITE	4	
<i>dexamethasone sodium phosphate ophthalmic soln 0.1%</i>	4	
<i>diclofenac sodium ophthalmic soln 0.1%</i>	2	
<i>difluprednate</i>	4	
FLAREX	3	
<i>fluorometholone</i>	4	
<i>flurbiprofen sodium</i>	4	
ILEVRO	3	
<i>ketorolac tromethamine</i>	2	
LOTEMAX OINT	4	
<i>loteprednol etabonate</i>	4	
<i>prednisolone acetate</i>	3	
<i>prednisolone sodium phosphate ophthalmic soln 1%</i>	3	
PROLENSA	3	
Análogos oftálmicos de prostaglandinas y prostamidas		
<i>bimatoprost</i>	4	
<i>latanoprost soln</i>	2	
LUMIGAN	3	
<i>tafluprost</i>	4	
<i>travoprost</i>	4	
VYZULTA	4	
Agentes para la bipolaridad		
Estabilizadores del estado de ánimo		
<i>lithium</i>	2	
<i>lithium carbonate er</i>	2	
<i>lithium carbonate caps, tabs</i>	2	
Agentes para tratamientos antiadicción/contra la drogadicción		
Agentes para dejar de fumar		
<i>bupropion hydrochloride er (sr) tb12 150mg</i>	3	
NICOTROL INHALER	4	
NICOTROL NS	4	
TYRVAYA	4	
<i>varenicline starting month</i>	4	QL(53 EA por 28 días)
<i>varenicline tartrate tabs 1mg</i>	3	QL(60 EA por 30 días)
<i>varenicline tartrate tabs 0.5mg, 1mg</i>	4	QL(60 EA por 30 días)
Agentes que revierten los opioides		

ID de formulario: 25502, Versión: 9, Fecha efectiva: 03/01/2025

Este formulario se actualizó el 04 de febrero de 2025

Puede encontrar información sobre el significado 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>naloxone hcl inj 4mg/10ml</i>	2	
<i>naloxone hydrochloride liqd</i>	3	QL(4 EA por 30 días)
<i>naloxone hydrochloride inj 0.4mg/ml, 4mg/10ml</i>	2	
<i>naloxone hydrochloride inj 2mg/2ml</i>	3	
<i>naloxone hydrochloride inj 0.4mg/ml</i>	4	
OPVEE	3	QL(4 EA por 30 días)
Dependencia de opioides		
<i>buprenorphine hcl/naloxone hcl subl 2mg; 0.5mg</i>	2	QL(360 EA por 30 días)
<i>buprenorphine hcl/naloxone hcl subl 8mg; 2mg</i>	2	QL(90 EA por 30 días)
<i>buprenorphine hcl subl 2mg</i>	2	QL(360 EA por 30 días)
<i>buprenorphine hcl subl 8mg</i>	2	QL(90 EA por 30 días)
<i>buprenorphine hydrochloride/naloxone hydrochloride film 4mg; 1mg</i>	2	QL(180 EA por 30 días)
<i>buprenorphine hydrochloride/naloxone hydrochloride film 2mg; 0.5mg</i>	2	QL(360 EA por 30 días)
<i>buprenorphine hydrochloride/naloxone hydrochloride film 12mg; 3mg, 8mg; 2mg</i>	2	QL(90 EA por 30 días)
Disuasivos del alcohol/disminución del deseo		
<i>acamprosate calcium dr</i>	4	
<i>disulfiram tabs</i>	4	
<i>naltrexone hcl tabs</i>	2	
VIVITROL	5	NEDS
Agentes para vías respiratorias/pulmonares		
Agentes del tracto respiratorio, otros		
<i>acetylcysteine soln</i>	4	PA BvD
ANORO ELLIPTA	3	QL(180 EA por 90 días)
<i>benzonatate</i>	2	EC
BEVESPI AEROSPHERE	3	QL(10.7 GM por 30 días)
BREO ELLIPTA	3	QL(180 EA por 90 días)
BREYNA	4	QL(30.9 GM por 90 días)
BREZTRI AEROSPHERE	3	QL(32.1 GM por 90 días)
BRONCHITOL	5	NEDS
COMBIVENT RESPIMAT	3	QL(24 GM por 90 días)
FASENRA PEN	5	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
FASENRA INJ 10MG/0.5ML	4	PA
FASENRA INJ 30MG/ML	5	PA; NEDS
<i>fluticasone propionate/salmeterol diskus</i>	3	QL(180 EA por 90 días)
<i>fluticasone propionate/salmeterol aepb 500mcg/act; 50mcg/act</i>	3	QL(180 EA por 90 días)
<i>fluticasone propionate/salmeterol aepb 113mcg/act; 14mcg/act, 232mcg/act; 14mcg/act, 55mcg/act; 14mcg/act</i>	3	QL(3 EA por 90 días)
<i>hydrocodone bitartrate/homatropine methylbromide tabs</i>	2	EC
<i>hydrocodone polistirex/chlorpheniramine polistirex</i>	2	EC

ID de formulario: 25502, Versión: 9, Fecha efectiva: 03/01/2025

Este formulario se actualizó el 04 de febrero de 2025

Puede encontrar información sobre el significado 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>ipratropium bromide/albuterol sulfate</i>	2	PA BvD
<i>promethazine vc/codeine</i>	2	EC
<i>promethazine/codeine soln</i>	2	EC
<i>promethazine/phenylephrine/codeine</i>	2	EC
STIOLTO RESPIMAT	3	QL(12 GM por 90 días)
TRELEGY ELLIPTA	3	QL(180 EA por 90 días)
<i>wixela inhub</i>	3	QL(180 EA por 90 días)
<i>Agentes para fibrosis pulmonar</i>		
OFEV	5	QL(60 EA por 30 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
<i>pirfenidone caps</i>	5	QL(270 EA por 30 días); PA; NEDS
<i>pirfenidone tabs 534mg</i>	5	QL(135 EA por 30 días); PA; NEDS
<i>pirfenidone tabs 267mg</i>	5	QL(270 EA por 30 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
<i>pirfenidone tabs 801mg</i>	5	QL(90 EA por 30 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
<i>Agentes para fibrosis quística</i>		
CAYSTON	5	PA; NEDS
KALYDECO TABS	5	QL(56 EA por 28 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
KALYDECO PACK 13.4MG, 5.8MG	5	QL(56 EA por 28 días); PA; NEDS
KALYDECO PACK 25MG, 50MG, 75MG	5	QL(56 EA por 28 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
ORKAMBI TABS	5	QL(112 EA por 28 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
ORKAMBI PACK 94MG; 75MG	5	QL(56 EA por 28 días); PA; NEDS
ORKAMBI PACK 125MG; 100MG, 188MG; 150MG	5	QL(56 EA por 28 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
PULMOZYME	5	PA BvD; NEDS; SP- Optum Specialty
TOBI PODHALER	5	NEDS; SP-Optum Specialty
<i>Antihipertensivos pulmonares</i>		

ID de formulario: 25502, Versión: 9, Fecha efectiva: 03/01/2025

Este formulario se actualizó el 04 de febrero de 2025

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
ADEMPAS	5	PA; NEDS
<i>alyq</i>	4	PA; SP-Optum Specialty
<i>ambrisentan</i>	5	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
<i>bosentan</i>	5	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
OPSUMIT	5	PA; NEDS
ORENITRAM TITRATION KIT MONTH 1	5	PA; NEDS
ORENITRAM TITRATION KIT MONTH 2	5	PA; NEDS
ORENITRAM TITRATION KIT MONTH 3	5	PA; NEDS
ORENITRAM TBCR 0.125MG, 0.25MG, 1MG, 2.5MG	4	PA
ORENITRAM TBCR 5MG	5	PA; NEDS
<i>sildenafil citrate tabs 20mg</i>	3	PA; SP-Optum Specialty
<i>tadalafil tabs 20mg</i>	4	PA; SP-Optum Specialty
TRACLEER TBSO	5	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
VENTAVIS	5	PA; NEDS
Antihistamínicos		
<i>azelastine hcl nasal soln 0.15%</i>	2	QL(120 ML por 90 días)
<i>azelastine hydrochloride soln 0.1%</i>	2	QL(120 ML por 90 días)
<i>cyproheptadine hcl syrp</i>	4	
<i>cyproheptadine hydrochloride tabs</i>	2	
<i>desloratadine</i>	3	
<i>diphenhydramine hydrochloride inj</i>	2	
<i>hydroxyzine hcl inj 25mg/ml</i>	2	
<i>hydroxyzine hcl tabs 50mg</i>	2	
<i>hydroxyzine hydrochloride syrp</i>	2	
<i>hydroxyzine hydrochloride tabs 10mg, 25mg</i>	2	
<i>hydroxyzine pamoate caps</i>	2	
<i>levocetirizine dihydrochloride tabs</i>	2	
Antiinflamatorios, corticosteroides inhalados		
<i>budesonide susp 0.25mg/2ml, 0.5mg/2ml, 1mg/2ml</i>	4	PA BvD
FLOVENT DISKUS AEPB 100MCG/BLIST	4	QL(180 EA por 90 días); ST
FLOVENT DISKUS AEPB 250MCG/BLIST	4	QL(720 EA por 90 días); ST
FLOVENT DISKUS AEPB 50MCG/BLIST	4	ST
<i>flunisolide soln 0.025%</i>	3	QL(150 ML por 90 días)
<i>fluticasone propionate diskus aepb 100mcg/act</i>	4	QL(180 EA por 90 días); ST
<i>fluticasone propionate diskus aepb 250mcg/act</i>	4	QL(720 EA por 90 días); ST
<i>fluticasone propionate diskus aepb 50mcg/act</i>	4	ST

ID de formulario: 25502, Versión: 9, Fecha efectiva: 03/01/2025

Este formulario se actualizó el 04 de febrero de 2025

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>fluticasone propionate hfa aero 44mcg/act</i>	4	QL(63.6 GM por 90 días); ST
<i>fluticasone propionate hfa aero 110mcg/act, 220mcg/act</i>	4	QL(72 GM por 90 días); ST
<i>fluticasone propionate susp 50mcg/act</i>	1	QL(48 GM por 90 días)
<i>mometasone furoate susp 50mcg/act</i>	3	QL(102 GM por 90 días)
QVAR REDHALER	3	QL(63.6 GM por 90 días)
Antileucotrienos		
<i>montelukast sodium chew, pack, tabs</i>	2	
<i>zafirlukast</i>	4	
Broncodilatadores, anticolinérgicos		
<i>atrovent hfa</i>	4	QL(77.4 GM por 90 días)
INCRUSE ELLIPTA	3	QL(30 EA por 30 días)
<i>ipratropium bromide inhalation soln</i>	2	PA BvD
<i>ipratropium bromide nasal soln 0.03%</i>	3	QL(180 ML por 90 días)
<i>ipratropium bromide nasal soln 0.06%</i>	3	QL(90 ML por 90 días)
LONHALA MAGNAIR REFILL KIT	5	NEDS
LONHALA MAGNAIR STARTER KIT	5	NEDS
SPIRIVA RESPIMAT	3	QL(12 GM por 90 días)
Broncodilatadores, simpaticomimético		
<i>albuterol sulfate hfa aers 108mcg/act</i>	2	QL(108 GM por 90 días)
<i>albuterol sulfate hfa aers 108mcg/act</i>	2	QL(40.2 GM por 90 días)
<i>albuterol sulfate hfa aers 108mcg/act</i>	2	QL(51 GM por 90 días)
<i>albuterol sulfate nebu</i>	2	PA BvD
<i>albuterol sulfate syr, tabs</i>	4	
<i>arformoterol tartrate</i>	4	PA BvD
<i>epinephrine inj 0.15mg/0.15ml, 0.15mg/0.3ml, 0.3mg/0.3ml</i>	3	QL(2 EA por 1 días)
<i>formoterol fumarate nebu</i>	4	PA BvD
<i>levalbuterol hcl nebu</i>	4	PA BvD
<i>levalbuterol hydrochloride nebu 0.63mg/3ml</i>	4	PA BvD
<i>levalbuterol nebu</i>	4	PA BvD
PROAIR RESPICLICK	3	QL(6 EA por 90 días)
SEREVENT DISKUS	3	QL(180 EA por 90 días)
STRIVERDI RESPIMAT	3	QL(12 GM por 90 días)
Estabilizadores de mastocitos		
<i>cromolyn sodium nebu 20mg/2ml</i>	3	PA BvD
Inhibidores de la fosfodiesterasa, enfermedad de las vías respiratorias		
<i>elixophyllin</i>	2	
<i>roflumilast</i>	4	
<i>theophylline er tb24</i>	3	
<i>theophylline er tb12</i>	4	
<i>theophylline elix</i>	2	
Agentes Terapéuticos, Misceláneos		

ID de formulario: 25502, Versión: 9, Fecha efectiva: 03/01/2025

Este formulario se actualizó el 04 de febrero de 2025

Puede encontrar información sobre el significado 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 Terapéuticos, Misceláneos		
<i>alcohol prep pads</i>	2	
<i>b-d insulin syringe ultrafine ii/0.3ml/31g x 5/16"</i>	2	
<i>bd insulin syringe safetyglide/1ml/29g x 1/2"</i>	2	
<i>bd insulin syringe ultra-fine/0.5ml/30g x 12.7mm</i>	2	
<i>bd insulin syringe ultra-fine/1ml/31g x 8mm</i>	2	
<i>bd insulin syringe/u-100/1ml/27g x 1/2"</i>	2	
<i>bd insulin syringe/u-500/0.5ml/31g x 6mm</i>	2	
<i>bd pen needle/original/ultra-fine/29g x 12.7mm</i>	2	
<i>curity gauze pads 2"x2" 12 ply</i>	2	
<i>droplet pen needles 29gx10mm</i>	2	
<i>gauze pads 2"x2"</i>	2	
<i>gnp insulin syringe/0.3ml/30g x 5/16"</i>	2	
<i>gnp insulin syringe/0.5ml/30g x 5/16"</i>	2	
INTRALIPID	3	PA BvD
<i>levocarnitine</i>	4	
NUTRILIPID	3	PA BvD
OMNIPOD 5 DEXCOM G7G6 INTRO KIT (GEN 5)	4	
OMNIPOD 5 DEXCOM G7G6 PODS (GEN 5)	4	
OMNIPOD 5 G7 INTRO KIT (GEN 5)	4	
OMNIPOD 5 G7 PODS (GEN 5)	4	
OMNIPOD 5 LIBRE2 PLUS G6	4	
OMNIPOD 5 LIBRE2 PLUS G6 PODS	4	
OMNIPOD CLASSIC PDM STARTER KIT (GEN 3)	4	
OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3)	4	
OMNIPOD DASH INTRO KIT (GEN 4)	4	
OMNIPOD DASH PDM KIT (GEN 4)	4	
OMNIPOD DASH PODS (GEN 4)	4	
OMNIPOD GO 10 UNITS/DAY	4	
OMNIPOD GO 15 UNITS/DAY	4	
OMNIPOD GO 20 UNITS/DAY	4	
OMNIPOD GO 25 UNITS/DAY	4	
OMNIPOD GO 30 UNITS/DAY	4	
OMNIPOD GO 35 UNITS/DAY	4	
OMNIPOD GO 40 UNITS/DAY	4	
<i>sodium chloride 0.9%</i>	3	
<i>sterile water for irrigation</i>	2	
<i>techlite insulin syringe u-100/0.5ml/30g x 1/2"</i>	2	
<i>trueplus insulin syringe /u-100/1ml/29g x 1/2"</i>	2	
<i>trueplus pen needles 29gx12mm</i>	2	
Agentes óticos		
Agentes óticos		
<i>acetic acid</i>	2	
<i>ciprofloxacin/dexamethasone</i>	4	

ID de formulario: 25502, Versión: 9, Fecha efectiva: 03/01/2025

Este formulario se actualizó el 04 de febrero de 2025

Puede encontrar información sobre el significado 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>ciprofloxacin soln 0.2%</i>	4	
CORTISPORIN-TC	4	
<i>flac</i>	4	
<i>fluocinolone acetonide oil 0.01%</i>	3	
<i>hydrocortisone/acetic acid</i>	4	
<i>neomycin/polymyxin/hc</i>	4	
<i>neomycin/polymyxin/hydrocortisone otic susp 1%; 3.5mg/ml; 10000unit/ml</i>	4	
<i>ofloxacin otic soln 0.3%</i>	2	
Analgésicos		
<i>Analgésicos opioides, de acción prolongada</i>		
<i>buprenorphine</i>	4	QL(4 EA por 28 días)
<i>fentanyl pt72 100mcg/hr, 12mcg/hr, 25mcg/hr, 50mcg/hr, 75mcg/hr</i>	4	QL(10 EA por 30 días)
<i>hydromorphone hcl er tb24 12mg, 16mg, 8mg</i>	4	QL(30 EA por 30 días)
<i>methadone hcl tabs</i>	2	QL(120 EA por 30 días)
<i>methadone hcl soln 5mg/5ml</i>	3	QL(1200 ML por 30 días)
<i>methadone hcl soln 10mg/5ml</i>	3	QL(600 ML por 30 días)
<i>morphine sulfate er tbc</i>	2	QL(60 EA por 30 días)
<i>tramadol hydrochloride er</i>	4	QL(30 EA por 30 días)
<i>Analgésicos opioides, de acción rápida</i>		
<i>acetaminophen/codeine tabs</i>	2	QL(240 EA por 30 días)
<i>acetaminophen/codeine soln</i>	2	QL(3600 ML por 30 días)
<i>butorphanol tartrate soln</i>	4	QL(7.5 ML por 30 días)
<i>codeine sulfate tabs 15mg</i>	3	QL(180 EA por 30 días)
<i>codeine sulfate tabs 30mg, 60mg</i>	4	QL(180 EA por 30 días)
<i>endocet tabs 325mg; 10mg, 325mg; 2.5mg, 325mg; 5mg, 325mg; 7.5mg</i>	2	QL(240 EA por 30 días)
<i>fentanyl citrate oral transmucosal lpop 200mcg</i>	4	QL(120 EA por 30 días); PA
<i>fentanyl citrate oral transmucosal lpop 1200mcg, 1600mcg, 400mcg, 600mcg, 800mcg</i>	5	QL(120 EA por 30 días); PA; NEDS
<i>hydrocodone bitartrate/acetaminophen soln 325mg/15ml; 7.5mg/15ml</i>	2	QL(3600 ML por 30 días)
<i>hydrocodone bitartrate/acetaminophen tabs 300mg; 10mg, 300mg; 5mg, 300mg; 7.5mg, 325mg; 10mg, 325mg; 2.5mg, 325mg; 5mg</i>	2	QL(240 EA por 30 días)
<i>hydrocodone/acetaminophen tabs 325mg; 7.5mg</i>	2	QL(240 EA por 30 días)
<i>hydromorphone hcl liqd</i>	3	QL(1350 ML por 30 días)
<i>hydromorphone hcl tabs 8mg</i>	2	QL(120 EA por 30 días)
<i>hydromorphone hcl tabs 2mg, 4mg</i>	2	QL(240 EA por 30 días)
<i>morphine sulfate tabs</i>	2	QL(180 EA por 30 días)
<i>morphine sulfate soln 100mg/5ml</i>	3	QL(180 ML por 30 días)
<i>morphine sulfate soln 10mg/5ml, 20mg/5ml</i>	3	QL(900 ML por 30 días)

ID de formulario: 25502, Versión: 9, Fecha efectiva: 03/01/2025

Este formulario se actualizó el 04 de febrero de 2025

Puede encontrar información sobre el significado 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>oxycodone hydrochloride soln</i>	2	QL(2400 ML por 30 días)
<i>oxycodone hydrochloride caps</i>	3	QL(240 EA por 30 días)
<i>oxycodone hydrochloride conc</i>	4	QL(120 ML por 30 días)
<i>oxycodone hydrochloride tabs 20mg, 30mg</i>	2	QL(120 EA por 30 días)
<i>oxycodone hydrochloride tabs 10mg, 15mg</i>	2	QL(180 EA por 30 días)
<i>oxycodone hydrochloride tabs 5mg</i>	2	QL(240 EA por 30 días)
<i>oxycodone/acetaminophen tabs 325mg; 10mg, 325mg; 2.5mg, 325mg; 5mg, 325mg; 7.5mg</i>	2	QL(240 EA por 30 días)
<i>tramadol hydrochloride/acetaminophen</i>	2	QL(240 EA por 30 días)
<i>tramadol hydrochloride tabs 50mg</i>	1	QL(240 EA por 30 días)
<i>tramadol hydrochloride tabs 100mg</i>	4	QL(120 EA por 30 días)
Medicamentos antiinflamatorios no esteroideos		
<i>celecoxib caps 100mg, 200mg, 50mg</i>	2	
<i>celecoxib caps 400mg</i>	3	
<i>diclofenac epolamine</i>	4	QL(60 EA por 30 días); PA
<i>diclofenac potassium tabs 50mg</i>	3	
<i>diclofenac sodium dr tbec 50mg, 75mg</i>	2	
<i>diclofenac sodium dr tbec 25mg</i>	4	
<i>diclofenac sodium er</i>	4	
<i>diclofenac sodium gel 1%</i>	3	QL(960 GM por 30 días)
<i>diclofenac sodium external soln 1.5%</i>	4	
<i>diflunisal tabs 500mg</i>	4	
<i>ec-naproxen tbec 500mg</i>	4	
<i>etodolac er</i>	4	
<i>etodolac tabs</i>	2	
<i>etodolac caps</i>	3	
<i>flurbiprofen tabs 100mg</i>	3	
<i>ibu</i>	1	
<i>ibuprofen susp</i>	2	
<i>ibuprofen tabs 400mg, 600mg, 800mg</i>	1	
<i>indomethacin caps 25mg, 50mg</i>	2	
<i>meloxicam tabs</i>	1	
<i>nabumetone tabs</i>	2	
<i>naproxen dr</i>	4	
<i>naproxen sodium cr tbc 375mg</i>	4	
<i>naproxen sodium tabs 275mg, 550mg</i>	2	
<i>naproxen susp</i>	4	
<i>naproxen tabs 250mg, 375mg, 500mg</i>	1	
<i>naproxen tbec 500mg</i>	4	
<i>oxaprozin tabs</i>	2	
<i>piroxicam caps</i>	3	
<i>salsalate tabs</i>	2	
<i>sulindac tabs</i>	2	

ID de formulario: 25502, Versión: 9, Fecha efectiva: 03/01/2025

Este formulario se actualizó el 04 de febrero de 2025

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
Anestésicos		
Anestésicos locales		
<i>glydo</i>	2	QL(100 ML por 30 días)
<i>lidocaine hcl jelly</i>	2	QL(100 ML por 30 días)
<i>lidocaine hcl prsy</i>	2	QL(100 ML por 30 días)
<i>lidocaine hcl inj 0.5%, 1.5%, 2%, 4%</i>	2	
<i>lidocaine hydrochloride external soln</i>	3	QL(100 ML por 30 días)
<i>lidocaine hydrochloride inj 1%, 2%</i>	2	
<i>lidocaine/prilocaine crea</i>	3	QL(60 GM por 30 días)
<i>lidocaine oint 5%</i>	3	QL(100 GM por 30 días)
<i>lidocaine ptch 5%</i>	4	QL(90 EA por 30 días); PA
<i>premium lidocaine</i>	3	QL(100 GM por 30 días)
Ansiolíticos		
Ansiolíticos, otros		
<i>bupirone hcl tabs 15mg</i>	2	
<i>bupirone hydrochloride tabs 10mg, 30mg, 5mg, 7.5mg</i>	2	
Benzodiazepinas		
<i>alprazolam</i>	2	
<i>alprazolam er</i>	3	
<i>clorazepate dipotassium tabs</i>	4	
<i>diazepam intensol</i>	3	
<i>diazepam tabs</i>	2	
<i>diazepam soln</i>	3	
<i>lorazepam intensol</i>	2	
<i>lorazepam tabs</i>	2	
<i>oxazepam</i>	4	
Antibacterianos		
Aminoglicósidos		
<i>amikacin sulfate inj 1gm/4ml, 500mg/2ml</i>	4	HI
ARIKAYCE	5	PA; NEDS
<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>	4	HI
<i>gentamicin sulfate crea 0.1%</i>	3	
<i>gentamicin sulfate inj 40mg/ml</i>	4	HI
<i>gentamicin sulfate oint 0.1%</i>	2	
<i>isotonic gentamicin inj 0.8mg/ml; 0.9%</i>	4	HI
<i>neomycin sulfate</i>	2	
<i>streptomycin sulfate inj 1gm</i>	5	NEDS
<i>tobramycin sulfate inj 1.2gm/30ml, 40mg/ml</i>	2	HI
<i>tobramycin sulfate inj 10mg/ml, 80mg/2ml</i>	4	HI
Antibacterianos, otros		
<i>aztreonam inj 1gm</i>	4	HI
<i>aztreonam inj 2gm</i>	5	NEDS; HI

ID de formulario: 25502, Versión: 9, Fecha efectiva: 03/01/2025

Este formulario se actualizó el 04 de febrero de 2025

Puede encontrar información sobre el significado 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>clindacin-p</i>	3	
<i>clindamycin hcl caps 300mg</i>	2	
<i>clindamycin hydrochloride caps 150mg, 75mg</i>	2	
<i>clindamycin palmitate hydrochloride</i>	4	
<i>clindamycin phosphate crea 2%</i>	4	
<i>clindamycin phosphate inj 9000mg/60ml</i>	2	HI
<i>clindamycin phosphate inj 900mg/6ml</i>	4	HI
<i>clindamycin phosphate swab 1%</i>	3	
<i>colistimethate sodium</i>	5	NEDS; HI
<i>daptomycin</i>	5	NEDS; HI
<i>daptomycin/sodium chloride</i>	4	HI
IMPAVIDO	5	NEDS
<i>linezolid tabs</i>	4	
<i>linezolid susr</i>	5	NEDS
<i>linezolid inj 600mg/300ml</i>	4	HI
<i>methenamine hippurate</i>	4	
<i>methenamine mandelate tabs 0.5gm, 1gm</i>	2	
<i>metronidazole vaginal</i>	3	
<i>metronidazole inj 500mg/100ml</i>	2	HI
<i>metronidazole tabs 250mg, 500mg</i>	2	
<i>nitrofurantoin macrocrystals</i>	4	
<i>nitrofurantoin monohydrate/macrocrystals</i>	2	
NUVESSA	4	
<i>tigecycline</i>	5	NEDS
<i>tinidazole</i>	4	
<i>trimethoprim tabs</i>	3	
<i>vancomycin hcl inj 0.9%; 1gm/200ml</i>	2	HI
<i>vancomycin hcl inj 100gm, 10gm</i>	4	HI
<i>vancomycin hydrochloride caps</i>	3	
<i>vancomycin hydrochloride inj 1.25gm, 1.5gm, 1.75gm, 1gm, 2gm, 500mg, 5gm, 750mg</i>	4	HI
<i>vancomycin inj 0.9%; 500mg/100ml, 0.9%; 750mg/150ml</i>	2	HI
Betalactámico, cefalosporinas		
<i>cefaclor caps</i>	4	
<i>cefaclor susr 125mg/5ml, 375mg/5ml</i>	2	
<i>cefadroxil caps</i>	2	
<i>cefadroxil susr</i>	4	
<i>cefazolin sodium/dextrose inj 1gm; 4%, 2gm; 3%</i>	2	HI
<i>cefazolin sodium inj 1gm/50ml; 4%, 1gm, 2gm</i>	2	HI
<i>cefazolin sodium inj 10gm, 500mg</i>	3	HI
<i>cefazolin sodium inj 1gm</i>	4	HI
<i>cefazolin/dextrose inj 3gm/150ml; 4%</i>	2	HI
<i>cefazolin inj 2gm/100ml; 4%, 2gm, 3gm</i>	2	HI
<i>cefdinir</i>	2	

ID de formulario: 25502, Versión: 9, Fecha efectiva: 03/01/2025

Este formulario se actualizó el 04 de febrero de 2025

Puede encontrar información sobre el significado 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>cefepime</i>	4	HI
<i>cefepime hydrochloride inj 2gm</i>	4	HI
<i>cefepime/dextrose</i>	4	HI
<i>cefixime</i>	4	
<i>cefotetan inj 1gm, 2gm</i>	4	HI
<i>cefoxitin sodium inj 10gm, 1gm, 2gm</i>	4	HI
<i>cefpodoxime proxetil tabs</i>	3	
<i>cefpodoxime proxetil susr</i>	4	
<i>cefprozil tabs</i>	3	
<i>cefprozil susr 125mg/5ml</i>	3	
<i>cefprozil susr 250mg/5ml</i>	4	
<i>ceftazidime inj 1gm, 2gm, 6gm</i>	4	HI
<i>ceftriaxone in iso-osmotic dextrose</i>	2	HI
<i>ceftriaxone sodium inj 10gm, 1gm, 250mg, 2gm, 500mg</i>	4	HI
<i>ceftriaxone/dextrose inj 1gm; 3.74%</i>	2	HI
<i>cefuroxime axetil tabs</i>	2	
<i>cefuroxime sodium inj 1.5gm, 750mg</i>	4	HI
<i>cephalexin caps 250mg, 500mg</i>	2	
<i>cephalexin caps 750mg</i>	4	
<i>cephalexin susr, tabs</i>	3	
<i>tazicef inj 1gm, 2gm, 6gm</i>	4	HI
TEFLARO	5	NEDS; HI
Betalactámico, penicilinas		
<i>amoxicillin/clavulanate potassium er</i>	4	
<i>amoxicillin/clavulanate potassium susr, tabs</i>	2	
<i>amoxicillin/clavulanate potassium chew</i>	4	
<i>amoxicillin chew 125mg, 250mg</i>	2	
<i>amoxicillin caps, susr, tabs</i>	2	
<i>ampicillin sodium inj</i>	4	HI
<i>ampicillin-sulbactam inj 10gm; 5gm, 1gm; 0.5gm</i>	4	HI
<i>ampicillin/sulbactam inj 2gm; 1gm</i>	4	HI
<i>ampicillin caps 500mg</i>	2	
BICILLIN L-A INJ 1200000UNIT/2ML, 2400000UNIT/4ML, 600000UNIT/ML	4	
<i>dicloxacillin sodium</i>	3	
<i>nafcillin sodium inj 10gm, 1gm, 2gm</i>	4	HI
<i>oxacillin sodium inj 10gm, 1gm, 2gm</i>	4	HI
<i>penicillin g potassium in iso-osmotic dextrose inj 0; 20000unit/ml</i>	2	HI
<i>penicillin g potassium inj 20000000unit, 5000000unit</i>	4	HI
<i>penicillin g sodium</i>	5	NEDS; HI
<i>penicillin v potassium</i>	2	
<i>piperacillin sodium/tazobactam sodium</i>	4	HI
ZOSYN INJ 5%; 4GM/100ML; 0.5GM/100ML	3	HI

ID de formulario: 25502, Versión: 9, Fecha efectiva: 03/01/2025

Este formulario se actualizó el 04 de febrero de 2025

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
Carbapenemas		
<i>ertapenem</i>	4	HI
<i>ertapenem sodium</i>	4	HI
<i>imipenem/cilastatin</i>	4	HI
<i>meropenem inj 500mg</i>	3	HI
<i>meropenem inj 1gm, 2gm</i>	4	HI
Macrólidos		
<i>azithromycin tabs</i>	2	
<i>azithromycin pack, susr</i>	3	
<i>azithromycin inj 500mg</i>	4	HI
<i>clarithromycin er</i>	3	
<i>clarithromycin tabs</i>	1	
<i>clarithromycin susr</i>	4	
DIFICID	5	NEDS
<i>erythromycin dr</i>	4	
<i>erythromycin ethylsuccinate tabs</i>	4	
Quinolonas		
<i>ciprofloxacin hcl tabs 100mg, 750mg</i>	1	
<i>ciprofloxacin hydrochloride tabs 250mg, 500mg</i>	1	
<i>ciprofloxacin i.v.-in d5w</i>	4	HI
<i>ciprofloxacin susr 500mg/5ml, 5gm/100ml</i>	4	
<i>levofloxacin in d5w inj 5%; 250mg/50ml, 5%; 500mg/100ml</i>	3	HI
<i>levofloxacin in d5w inj 5%; 750mg/150ml</i>	4	HI
<i>levofloxacin oral soln 25mg/ml</i>	4	
<i>levofloxacin tabs 250mg, 500mg, 750mg</i>	2	
<i>moxifloxacin hydrochloride/sodium hydrochloride</i>	4	HI
<i>moxifloxacin hydrochloride tabs 400mg</i>	2	
Sulfonamidas		
<i>sulfacetamide sodium lotn 10%</i>	4	
<i>sulfadiazine tabs</i>	4	
<i>sulfamethoxazole/trimethoprim ds</i>	1	
<i>sulfamethoxazole/trimethoprim tabs</i>	1	
<i>sulfamethoxazole/trimethoprim susp</i>	3	
Tetraciclinas		
DOXY 100	3	HI
<i>doxycycline hyclate caps</i>	2	
<i>doxycycline hyclate inj</i>	3	HI
<i>doxycycline hyclate tabs 100mg, 20mg</i>	2	
<i>doxycycline hyclate tabs 150mg</i>	4	
<i>doxycycline monohydrate caps 100mg, 50mg</i>	2	
<i>doxycycline monohydrate tabs</i>	2	
<i>doxycycline susr</i>	4	
<i>minocycline hcl caps 75mg</i>	3	
<i>minocycline hcl tabs</i>	4	

ID de formulario: 25502, Versión: 9, Fecha efectiva: 03/01/2025

Este formulario se actualizó el 04 de febrero de 2025

Puede encontrar información sobre el significado 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>minocycline hydrochloride caps 100mg, 50mg</i>	3	
<i>mondoxyne nl caps 100mg</i>	2	
<i>tetracycline hydrochloride caps</i>	3	
VIBRAMYCIN SYRP	4	
Anticonvulsivos		
Agentes de modificación de los canales de calcio		
<i>ethosuximide soln</i>	3	
<i>ethosuximide caps</i>	4	
<i>methsuximide</i>	3	
Agentes moduladores del ácido gamma-aminobutírico (gamma-aminobutyric acid, GABA)		
<i>clobazam susp</i>	3	
<i>clobazam tabs</i>	3	QL(60 EA por 30 días)
<i>clonazepam odt</i>	3	
<i>clonazepam tabs</i>	1	
DIACOMIT	5	PA NSO; NEDS
<i>diazepam rectal gel</i>	4	
<i>divalproex sodium dr tbec</i>	2	
<i>divalproex sodium dr csdr</i>	3	
<i>divalproex sodium er</i>	3	
<i>gabapentin caps</i>	2	
<i>gabapentin soln</i>	4	
<i>gabapentin tabs 600mg, 800mg</i>	2	
LIBERVANT	4	QL(10 EA por 30 días)
<i>phenobarbital elix 20mg/5ml</i>	3	
<i>phenobarbital tabs 100mg, 15mg, 16.2mg, 30mg, 32.4mg, 60mg, 64.8mg, 97.2mg</i>	2	
<i>pregabalin caps</i>	2	
<i>pregabalin soln</i>	4	
<i>primidone tabs</i>	2	
SYMPAZAN FILM 5MG	4	
SYMPAZAN FILM 10MG, 20MG	5	NEDS
<i>tiagabine hydrochloride</i>	4	
VALTOCO 10 MG DOSE	5	QL(10 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
VALTOCO 15 MG DOSE	5	QL(10 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
VALTOCO 20 MG DOSE	5	QL(10 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
VALTOCO 5 MG DOSE	5	QL(10 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
<i>vigabatrin</i>	5	NEDS
<i>vigadrone</i>	5	NEDS
VIGAFYDE	5	PA NSO; NEDS

ID de formulario: 25502, Versión: 9, Fecha efectiva: 03/01/2025

Este formulario se actualizó el 04 de febrero de 2025

Puede encontrar información sobre el significado 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>vigpoder</i>	5	NEDS
ZTALMY	5	PA NSO; NEDS
Agentes para los canales de sodio		
APTIOM	4	
<i>carbamazepine er</i>	4	
<i>carbamazepine chew 100mg</i>	3	
<i>carbamazepine tabs</i>	3	
<i>carbamazepine susp</i>	4	
<i>epitol</i>	3	
<i>lacosamide tabs</i>	3	QL(60 EA por 30 días)
<i>lacosamide inj, oral soln</i>	4	
<i>oxcarbazepine tabs</i>	3	
<i>oxcarbazepine susp</i>	4	
<i>phenytek</i>	2	
<i>phenytoin sodium extended</i>	2	
<i>phenytoin chew, susp</i>	2	
<i>rufinamide susp</i>	5	NEDS
<i>rufinamide tabs 200mg</i>	4	
<i>rufinamide tabs 400mg</i>	5	NEDS
XCOPRI TABS	5	NEDS
XCOPRI TBPK 0	4	
XCOPRI TBPK 0	5	NEDS
ZONISADE	4	
<i>zonisamide</i>	2	
Anticonvulsivos, otros		
BRIVIACT SOLN, TABS	5	NEDS
EPIDIOLEX	5	PA NSO; NEDS
EPRONTIA	4	
<i>felbamate</i>	4	
FINTEPLA	5	PA NSO; NEDS
FYCOMPA	4	
<i>lamotrigine er</i>	4	
<i>lamotrigine odt</i>	4	
<i>lamotrigine starter kit/blue</i>	4	
<i>lamotrigine starter kit/green</i>	4	
<i>lamotrigine starter kit/orange</i>	4	
<i>lamotrigine tabs</i>	2	
<i>lamotrigine chew</i>	3	
<i>levetiracetam er</i>	4	
<i>levetiracetam oral soln, tabs</i>	3	
<i>levetiracetam tb3d</i>	4	
<i>levetiracetam inj 500mg/5ml</i>	2	
NAYZILAM	4	QL(10 EA por 30 días); PA NSO

ID de formulario: 25502, Versión: 9, Fecha efectiva: 03/01/2025

Este formulario se actualizó el 04 de febrero de 2025

Puede encontrar información sobre el significado 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>roweepra tabs 500mg</i>	3	
SPRITAM	4	
<i>subvenite</i>	2	
<i>subvenite starter kit/blue</i>	4	
<i>subvenite starter kit/green</i>	4	
<i>subvenite starter kit/orange</i>	4	
<i>topiramate tabs</i>	2	
<i>topiramate csp</i>	4	
<i>valproic acid</i>	2	
Antidepresivos		
<i>Antidepresivos, otros</i>		
AUVELITY	4	
<i>bupropion hcl tabs 100mg</i>	2	
<i>bupropion hydrochloride er (sr) tb12 100mg, 150mg, 200mg</i>	2	
<i>bupropion hydrochloride er (xl) tb24 150mg, 300mg</i>	2	
<i>bupropion hydrochloride tabs 75mg</i>	2	
<i>mirtazapine odt</i>	3	
<i>mirtazapine tabs</i>	2	
ZURZUVAE CAPS 30MG	5	QL(14 EA por 14 días); PA NSO; NEDS
ZURZUVAE CAPS 20MG, 25MG	5	QL(28 EA por 14 días); PA NSO; NEDS
<i>Inhibidores de la monoaminoxidasa</i>		
EMSAM	5	ST NSO; NEDS
MARPLAN	4	
<i>phenelzine sulfate</i>	3	
<i>tranylcypromine sulfate</i>	4	
<i>Tricíclicos</i>		
<i>amitriptyline hcl tabs 100mg, 150mg, 25mg, 75mg</i>	2	
<i>amitriptyline hydrochloride tabs 100mg, 10mg, 50mg</i>	2	
<i>amoxapine</i>	3	
<i>clomipramine hydrochloride</i>	3	
<i>desipramine hydrochloride</i>	4	
<i>doxepin hcl caps 75mg</i>	3	
<i>doxepin hcl conc</i>	2	
<i>doxepin hydrochloride caps 100mg, 10mg, 150mg, 25mg, 50mg</i>	3	
<i>imipramine hcl tabs 25mg, 50mg</i>	2	
<i>imipramine hydrochloride tabs 10mg</i>	2	
<i>nortriptyline hcl caps 25mg, 75mg</i>	2	
<i>nortriptyline hcl soln</i>	4	
<i>nortriptyline hydrochloride caps 10mg, 50mg</i>	2	
<i>protriptyline hcl</i>	4	
<i>trimipramine maleate caps</i>	4	

ID de formulario: 25502, Versión: 9, Fecha efectiva: 03/01/2025

Este formulario se actualizó el 04 de febrero de 2025

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
Antidepressants		
SSRIs/SNRIs (Selective Serotonin Reuptake Inhibitors/Serotonin and Norepinephrine Reuptake Inhibitor)		
<i>citalopram hydrobromide tabs</i>	1	
<i>citalopram hydrobromide soln</i>	4	
<i>desvenlafaxine er</i>	3	
DRIZALMA SPRINKLE CSDR 20MG, 60MG	4	QL(60 EA por 30 días)
DRIZALMA SPRINKLE CSDR 30MG, 40MG	4	QL(90 EA por 30 días)
<i>duloxetine hcl</i>	4	QL(90 EA por 30 días)
<i>duloxetine hydrochloride cpep 20mg, 60mg</i>	2	QL(60 EA por 30 días)
<i>duloxetine hydrochloride cpep 30mg</i>	2	QL(90 EA por 30 días)
<i>escitalopram oxalate tabs</i>	2	
<i>escitalopram oxalate soln</i>	4	
FETZIMA	4	ST NSO
FETZIMA TITRATION PACK	4	ST NSO
<i>fluoxetine dr</i>	4	
<i>fluoxetine hydrochloride caps</i>	1	
<i>fluoxetine hydrochloride soln</i>	4	
<i>fluvoxamine maleate</i>	3	
<i>nefazodone hydrochloride</i>	4	
<i>paroxetine hcl</i>	2	
<i>paroxetine hydrochloride tabs</i>	2	
<i>paroxetine hydrochloride susp</i>	4	
<i>sertraline hcl tabs</i>	1	
<i>sertraline hcl conc</i>	3	
<i>sertraline hydrochloride</i>	1	
<i>trazodone hydrochloride</i>	2	
TRINTELLIX	4	
<i>venlafaxine hcl er</i>	3	
<i>venlafaxine hydrochloride</i>	2	
<i>venlafaxine hydrochloride er</i>	3	
VIIBRYD STARTER PACK	4	
<i>vilazodone hydrochloride</i>	4	
Antieméticos		
Adyuvantes para terapia emetogénica		
<i>aprepitant caps 0, 40mg, 80mg</i>	4	PA BvD
<i>aprepitant caps 125mg</i>	5	PA BvD; NEDS
<i>dronabinol</i>	4	PA BvD
<i>granisetron hydrochloride tabs</i>	3	PA BvD
<i>ondansetron hcl soln</i>	2	PA BvD
<i>ondansetron hcl tabs 24mg</i>	2	PA BvD
<i>ondansetron hydrochloride tabs</i>	2	PA BvD
<i>ondansetron odt tbdp 4mg, 8mg</i>	2	PA BvD
Antieméticos, otros		

ID de formulario: 25502, Versión: 9, Fecha efectiva: 03/01/2025

Este formulario se actualizó el 04 de febrero de 2025

Puede encontrar información sobre el significado 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>meclizine hcl tabs</i>	4	
<i>prochlorperazine edisylate inj 10mg/2ml</i>	2	
<i>prochlorperazine maleate tabs</i>	2	
<i>prochlorperazine supp 25mg</i>	4	
<i>promethazine hcl inj</i>	2	
<i>promethazine hcl tabs 12.5mg</i>	2	
<i>promethazine hydrochloride plain</i>	2	
<i>promethazine hydrochloride tabs 25mg, 50mg</i>	2	
<i>scopolamine</i>	4	
Antimicobacterianos		
Antimicobacterianos, otros		
<i>dapsone tabs</i>	3	
<i>rifabutin</i>	4	
Antituberculosos		
<i>ethambutol hydrochloride</i>	3	
<i>isoniazid tabs</i>	1	
<i>isoniazid syrp</i>	4	
PRIFTIN	4	
<i>pyrazinamide tabs</i>	4	
<i>rifampin caps, inj</i>	4	
SIRTURO	5	PA; NEDS
TRECTOR	4	
Antimicóticos		
Antimicóticos		
ABELCET	4	PA
<i>amphotericin b</i>	4	PA
<i>amphotericin b liposome</i>	5	PA; NEDS
<i>clotrimazole crea</i>	2	
<i>clotrimazole soln, troc</i>	3	
<i>econazole nitrate</i>	2	
<i>fluconazole in sodium chloride</i>	4	
<i>fluconazole tabs</i>	2	
<i>fluconazole susr</i>	4	
<i>flucytosine</i>	5	NEDS
<i>griseofulvin microsize</i>	4	
<i>griseofulvin ultramicrosize</i>	4	
<i>itraconazole</i>	3	
<i>ketoconazole sham, tabs</i>	2	
<i>ketoconazole crea</i>	2	QL(120 GM por 30 días)
<i>klayesta</i>	2	
<i>micafungin</i>	4	
<i>miconazole 3</i>	3	
<i>naftifine hcl</i>	4	
<i>naftifine hydrochloride</i>	4	

ID de formulario: 25502, Versión: 9, Fecha efectiva: 03/01/2025

Este formulario se actualizó el 04 de febrero de 2025

Puede encontrar información sobre el significado 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>nyamyc</i>	2	
<i>nystatin crea, oint, powd, susp</i>	2	
<i>nystatin tabs</i>	3	
<i>nystop</i>	2	
<i>posaconazole</i>	5	NEDS
<i>posaconazole dr</i>	5	NEDS
<i>terbinafine hcl</i>	2	QL(42 EA por 42 días)
<i>terconazole crea</i>	3	
<i>terconazole supp</i>	4	
<i>voriconazole tabs</i>	4	
<i>voriconazole susr</i>	5	NEDS
<i>voriconazole inj</i>	5	PA; NEDS
Antineoplásicos		
Agentes alquilantes		
<i>cyclophosphamide tabs</i>	3	PA BvD
<i>cyclophosphamide caps</i>	4	PA BvD; SP-Optum Specialty
GLEOSTINE CAPS 100MG, 10MG, 40MG	4	
LEUKERAN	5	NEDS
MATULANE	5	NEDS
VALCHLOR	5	NEDS; SP-Optum Specialty
Agentes antiangiogénicos		
<i>lenalidomide caps 2.5mg, 20mg</i>	5	PA NSO; NEDS
<i>lenalidomide caps 10mg, 15mg, 25mg, 5mg</i>	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
POMALYST	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
REVLIMID	5	PA NSO; NEDS
THALOMID	5	NEDS; SP-Optum Specialty
Antiandrogénicos		
<i>abiraterone acetate</i>	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
<i>bicalutamide</i>	2	
ERLEADA TABS 240MG	5	PA NSO; NEDS
ERLEADA TABS 60MG	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
<i>flutamide</i>	2	
<i>nilutamide</i>	5	NEDS
NUBEQA	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
XTANDI	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty

ID de formulario: 25502, Versión: 9, Fecha efectiva: 03/01/2025

Este formulario se actualizó el 04 de febrero de 2025

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
Anticuerpos monoclonales/conjugados anticuerpo-fármaco		
DARZALEX	5	NEDS
OPDIVO	5	NEDS
YERVOY	5	NEDS
Antiestrógenos/modificadores		
EMCYT	5	NEDS
ORSERDU	5	PA NSO; NEDS
SOLTAMOX	5	NEDS
<i>tamoxifen citrate tabs</i>	3	
<i>toremifene citrate</i>	5	NEDS
Antimetabolitos		
DROXIA	3	
<i>hydroxyurea caps</i>	3	
<i>mercaptopurine tabs</i>	4	
PURIXAN	5	NEDS
TABLOID	4	SP-Optum Specialty
Antineoplásicos, otros		
AKEEGA	5	PA NSO; NEDS
<i>bortezomib inj 1mg, 2.5mg</i>	4	
<i>bortezomib inj 3.5mg/1.4ml, 3.5mg</i>	5	NEDS
<i>boruzu</i>	4	
<i>docetaxel inj 160mg/8ml, 20mg/ml, 80mg/4ml</i>	4	
IBRANCE TABS 100MG, 125MG, 75MG	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
INREBIC	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
ITOVEBI TABS 9MG	5	PA NSO; NEDS
ITOVEBI TABS 3MG	5	QL(60 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
IWILFIN	5	PA NSO; NEDS
KISQALI FEMARA 200 DOSE	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
KISQALI FEMARA 400 DOSE	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
KISQALI FEMARA 600 DOSE	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
LAZCLUZE TABS 240MG	5	PA NSO; NEDS
LAZCLUZE TABS 80MG	5	QL(60 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
<i>leucovorin calcium tabs</i>	2	
LONSURF	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
LYSODREN	5	NEDS
OGSIVEO	5	PA NSO; NEDS

ID de formulario: 25502, Versión: 9, Fecha efectiva: 03/01/2025

Este formulario se actualizó el 04 de febrero de 2025

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
OJEMDA	5	PA NSO; NEDS
ONUREG	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
<i>paclitaxel inj 100mg/16.7ml, 150mg/25ml, 300mg/50ml, 30mg/5ml</i>	2	
REVUFORJ	5	PA NSO; NEDS
SYNRIBO	5	NEDS
TRUSELTIQ	5	PA NSO; NEDS
VONJO	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
ZOLINZA	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
Complementos del tratamiento		
<i>mesna tabs</i>	5	NEDS
MESNEX TABS	5	NEDS
VORANIGO TABS 40MG	5	PA NSO; NEDS
VORANIGO TABS 10MG	5	QL(60 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
Inhibidores de enzimas		
KYPROLIS	5	NEDS
Inhibidores de la aromataasa, tercera generación		
<i>anastrozole tabs</i>	3	
<i>exemestane</i>	4	
<i>letrozole</i>	3	
Inhibidores moleculares dirigidos		
ALECENSA	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
ALUNBRIG	5	PA NSO; NEDS
AUGTYRO	5	PA NSO; NEDS
AYVAKIT	5	QL(30 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
BALVERSA	5	PA NSO; NEDS
BOSULIF CAPS 50MG	5	PA NSO; NEDS
BOSULIF CAPS 100MG	5	QL(120 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
BOSULIF TABS 100MG	5	QL(120 EA por 30 días); PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
BOSULIF TABS 400MG, 500MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
BRAFTOVI CAPS 75MG	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
BRUKINSA	5	PA NSO; NEDS

ID de formulario: 25502, Versión: 9, Fecha efectiva: 03/01/2025

Este formulario se actualizó el 04 de febrero de 2025

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
CABOMETYX	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
CALQUENCE TABS	5	PA NSO; NEDS
CALQUENCE CAPS	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
CAPRELSA TABS 300MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
CAPRELSA TABS 100MG	5	QL(60 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
COMETRIQ	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
COPIKTRA	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
COTELLIC	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
DANZITEN	5	PA NSO; NEDS
<i>dasatinib</i>	5	PA NSO; NEDS
DAURISMO	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
ERIVEDGE	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
<i>erlotinib hydrochloride tabs 150mg, 25mg</i>	5	QL(30 EA por 30 días); NEDS; SP-Optum Specialty
<i>erlotinib hydrochloride tabs 100mg</i>	5	QL(90 EA por 30 días); NEDS; SP-Optum Specialty
<i>everolimus tabs 10mg, 2.5mg, 5mg, 7.5mg</i>	5	QL(30 EA por 30 días); PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
<i>everolimus tbso 2mg, 3mg, 5mg</i>	5	QL(60 EA por 30 días); PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
EXKIVITY	5	PA NSO; NEDS
FOTIVDA	5	PA NSO; NEDS
FRUZAQLA	5	PA NSO; NEDS
GAVRETO	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
<i>gefitinib</i>	5	PA NSO; NEDS
GILOTRIF	5	PA NSO; NEDS
IBRANCE CAPS 100MG, 125MG, 75MG	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
ICLUSIG	5	PA NSO; NEDS

ID de formulario: 25502, Versión: 9, Fecha efectiva: 03/01/2025

Este formulario se actualizó el 04 de febrero de 2025

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
IDHIFA	5	QL(30 EA por 30 días); PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
<i>imatinib mesylate</i>	5	NEDS; SP-Optum Specialty
IMBRUVICA SUSP	5	PA NSO; NEDS
IMBRUVICA CAPS, TABS	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
IMKELDI	5	PA NSO; NEDS
INLYTA	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
INQOVI	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
JAKAFI	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
JAYPIRCA	5	PA NSO; NEDS
KISQALI	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
KOSELUGO	5	PA NSO; NEDS
KRAZATI	5	PA NSO; NEDS
<i>lapatinib ditosylate</i>	5	QL(180 EA por 30 días); PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
LENVIMA 10 MG DAILY DOSE	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
LENVIMA 12MG DAILY DOSE	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
LENVIMA 14 MG DAILY DOSE	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
LENVIMA 18 MG DAILY DOSE	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
LENVIMA 20 MG DAILY DOSE	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
LENVIMA 24 MG DAILY DOSE	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
LENVIMA 4 MG DAILY DOSE	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
LENVIMA 8 MG DAILY DOSE	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
LORBRENA	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
LUMAKRAS TABS 240MG, 320MG	5	PA NSO; NEDS
LUMAKRAS TABS 120MG	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty

ID de formulario: 25502, Versión: 9, Fecha efectiva: 03/01/2025

Este formulario se actualizó el 04 de febrero de 2025

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
LYNPARZA TABS	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
LYTGOBI	5	PA NSO; NEDS
MEKINIST SOLR	5	PA NSO; NEDS
MEKINIST TABS	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
MEKTOVI	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
NERLYNX	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
NINLARO	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
ODOMZO	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
OJJAARA	5	PA NSO; NEDS
<i>pazopanib hydrochloride</i>	5	QL(120 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
PEMAZYRE	5	PA NSO; NEDS
PIQRAY 200MG DAILY DOSE	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
PIQRAY 250MG DAILY DOSE	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
PIQRAY 300MG DAILY DOSE	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
QINLOCK	5	PA NSO; NEDS
RETEVMO CAPS	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
RETEVMO TABS 120MG, 160MG	5	PA NSO; NEDS
RETEVMO TABS 80MG	5	QL(60 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
RETEVMO TABS 40MG	5	QL(90 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
REZLIDHIA	5	PA NSO; NEDS
ROZLYTREK PACK	5	PA NSO; NEDS
ROZLYTREK CAPS	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
RUBRACA	5	QL(120 EA por 30 días); PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
RYDAPT	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
SCEMBLIX TABS 20MG, 40MG	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty

ID de formulario: 25502, Versión: 9, Fecha efectiva: 03/01/2025

Este formulario se actualizó el 04 de febrero de 2025

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
SCEMBLIX TABS 100MG	5	QL(120 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
<i>sorafenib</i>	5	QL(220 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
<i>sorafenib tosylate</i>	5	QL(220 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
SPRYCEL	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
STIVARGA	5	QL(90 EA por 30 días); PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
<i>sunitinib malate</i>	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
TABRECTA	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
TAFINLAR TBSO	5	PA NSO; NEDS
TAFINLAR CAPS	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
TAGRISO	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
TALZENNA CAPS 0.1MG, 0.35MG	5	PA NSO; NEDS
TALZENNA CAPS 0.25MG, 0.5MG, 0.75MG, 1MG	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
TASIGNA	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
TAZVERIK	5	PA NSO; NEDS
TEPMETKO	5	PA NSO; NEDS
TIBSOVO	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
TRUQAP	5	PA NSO; NEDS
TUKYSA	5	PA NSO; NEDS
TURALIO	5	PA NSO; NEDS
VANFLYTA	5	PA NSO; NEDS
VENCLEXTA STARTING PACK	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
VENCLEXTA TABS 10MG, 50MG	3	PA NSO; SP-Optum Specialty
VENCLEXTA TABS 100MG	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
VERZENIO	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
VITRAKVI	5	PA NSO; NEDS
VIZIMPRO	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty

ID de formulario: 25502, Versión: 9, Fecha efectiva: 03/01/2025

Este formulario se actualizó el 04 de febrero de 2025

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
XALKORI CPSP	5	PA NSO; NEDS
XALKORI CAPS	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
XOSPATA	5	PA NSO; NEDS
XPOVIO	5	PA NSO; NEDS
XPOVIO 60 MG TWICE WEEKLY	5	PA NSO; NEDS
XPOVIO 80 MG TWICE WEEKLY	5	PA NSO; NEDS
ZEJULA TABS	5	PA NSO; NEDS
ZEJULA CAPS	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
ZELBORAF	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
ZYDELIG	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
ZYKADIA TABS	5	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
Retinoides		
<i>bexarotene caps</i>	5	NEDS; SP-Optum Specialty
<i>bexarotene gel</i>	5	PA NSO; NEDS
PANRETIN	5	NEDS
<i>tretinoin caps 10mg</i>	5	NEDS; SP-Optum Specialty
Antiparasitarios		
Antihelmínticos		
<i>albendazole tabs</i>	4	
<i>ivermectin tabs</i>	3	
<i>praziquantel tabs</i>	3	
Antiprotozoico		
<i>atovaquone</i>	4	
<i>atovaquone/proguanil hcl</i>	4	
<i>chloroquine phosphate tabs 250mg</i>	3	
<i>chloroquine phosphate tabs 500mg</i>	4	
COARTEM	4	QL(24 EA por 3 días)
<i>hydroxychloroquine sulfate tabs 200mg</i>	2	
<i>mefloquine hydrochloride</i>	3	
<i>nitazoxanide</i>	4	
<i>pentamidine isethionate inj</i>	4	
<i>pentamidine isethionate inhalation solr</i>	4	PA BvD
<i>primaquine phosphate tabs</i>	4	
<i>pyrimethamine tabs</i>	5	NEDS
<i>quinine sulfate caps 324mg</i>	4	PA
Antipsicóticos		
Primera generación/típico		

ID de formulario: 25502, Versión: 9, Fecha efectiva: 03/01/2025

Este formulario se actualizó el 04 de febrero de 2025

Puede encontrar información sobre el significado 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>chlorpromazine hcl tabs</i>	4	
<i>chlorpromazine hydrochloride conc, tabs</i>	4	
<i>fluphenazine decanoate inj</i>	4	
<i>fluphenazine hcl conc</i>	4	
<i>fluphenazine hcl tabs 1mg</i>	4	
<i>fluphenazine hydrochloride elix, inj</i>	4	
<i>fluphenazine hydrochloride tabs 10mg, 2.5mg, 5mg</i>	4	
<i>haloperidol decanoate inj</i>	3	
<i>haloperidol lactate</i>	4	
<i>haloperidol conc, tabs</i>	2	
<i>loxapine</i>	3	
<i>molindone hydrochloride</i>	3	
<i>perphenazine tabs</i>	3	
<i>pimozide</i>	4	
<i>thioridazine hcl tabs 100mg, 10mg, 25mg, 50mg</i>	3	
<i>thiothixene caps 10mg, 1mg, 2mg, 5mg</i>	4	
<i>trifluoperazine hcl tabs 10mg, 2mg, 5mg</i>	4	
<i>trifluoperazine hydrochloride tabs 1mg</i>	4	
Resistente al tratamiento		
<i>clozapine odt</i>	4	
<i>clozapine tabs 100mg, 200mg, 25mg, 50mg</i>	3	
VERSACLOZ	5	NEDS
Segunda generación/atípico		
ABILIFY ASIMTUFII	5	NEDS
ABILIFY MAINTENA	5	NEDS
ABILIFY MYCITE MAINTENANCE KIT TBPK 10MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
ABILIFY MYCITE STARTER KIT TBPK 15MG, 20MG, 2MG, 30MG, 5MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
<i>aripiprazole odt</i>	4	
<i>aripiprazole tabs</i>	2	
<i>aripiprazole soln</i>	3	
ARISTADA	5	NEDS
ARISTADA INITIO	5	NEDS
<i>asenapine maleate sl</i>	4	ST NSO
CAPLYTA	5	QL(30 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
FANAPT	5	ST NSO; NEDS
FANAPT TITRATION PACK	4	ST NSO
INVEGA HAFYERA	5	NEDS
INVEGA SUSTENNA INJ 39MG/0.25ML	4	
INVEGA SUSTENNA INJ 117MG/0.75ML, 156MG/ML, 234MG/1.5ML, 78MG/0.5ML	5	NEDS
INVEGA TRINZA	5	NEDS

ID de formulario: 25502, Versión: 9, Fecha efectiva: 03/01/2025

Este formulario se actualizó el 04 de febrero de 2025

Puede encontrar información sobre el significado 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>lurasidone hydrochloride tabs 120mg, 20mg, 40mg, 60mg</i>	4	QL(30 EA por 30 días)
<i>lurasidone hydrochloride tabs 80mg</i>	4	QL(60 EA por 30 días)
LYBALVI	5	PA NSO; NEDS
NUPLAZID CAPS	5	QL(60 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
NUPLAZID TABS 10MG	5	QL(60 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
<i>olanzapine odt</i>	3	
<i>olanzapine tabs</i>	2	
<i>olanzapine inj</i>	3	
OPIPZA	5	PA NSO; NEDS
<i>paliperidone er</i>	4	
PERSERIS	5	NEDS
<i>quetiapine fumarate tabs 100mg, 150mg, 200mg, 300mg, 400mg</i>	2	
<i>quetiapine fumarate tabs 25mg, 50mg</i>	2	QL(60 EA por 30 días)
REXULTI	5	NEDS
RISPERDAL CONSTA INJ 12.5MG, 25MG	4	
RISPERDAL CONSTA INJ 37.5MG, 50MG	5	NEDS
<i>risperidone er inj 12.5mg, 25mg</i>	4	
<i>risperidone er inj 37.5mg, 50mg</i>	5	NEDS
<i>risperidone odt</i>	3	
<i>risperidone tabs</i>	1	
<i>risperidone soln</i>	3	
SECUADO	5	NEDS
VRAYLAR CPPK	4	
VRAYLAR CAPS	5	NEDS
<i>ziprasidone hcl</i>	3	
<i>ziprasidone mesylate</i>	3	
ZYPREXA RELPREVV INJ 210MG	3	
ZYPREXA RELPREVV INJ 300MG, 405MG	5	NEDS
Antivírico		
<i>Agentes anti-VIH, inhibidores de la proteasa (IP)</i>		
APTIVUS CAPS	5	NEDS
<i>atazanavir</i>	4	
<i>atazanavir sulfate caps 300mg</i>	4	
<i>darunavir</i>	5	NEDS
EVOTAZ	5	NEDS
<i>fosamprenavir calcium</i>	5	NEDS
LEXIVA SUSP	3	
<i>lopinavir/ritonavir</i>	4	
NORVIR SOLN	3	
NORVIR PACK	4	
PREZCOBIX	5	NEDS

ID de formulario: 25502, Versión: 9, Fecha efectiva: 03/01/2025

Este formulario se actualizó el 04 de febrero de 2025

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
PREZISTA SUSP	5	NEDS
PREZISTA TABS 75MG	4	
PREZISTA TABS 150MG	5	NEDS
REYATAZ PACK	5	NEDS
<i>ritonavir</i>	3	
SYMTUZA	5	NEDS
VIRACEPT TABS 250MG	3	
VIRACEPT TABS 625MG	5	NEDS
Agentes anti-VIH, otros		
FUZEON	5	NEDS
<i>maraviroc tabs 300mg</i>	5	QL(120 EA por 30 días); NEDS
<i>maraviroc tabs 150mg</i>	5	QL(60 EA por 30 días); NEDS
RUKOBIA	5	NEDS
SELZENTRY SOLN	3	QL(1800 ML por 30 días)
SELZENTRY TABS 25MG	4	
SELZENTRY TABS 75MG	5	NEDS
SUNLENCA TBPK	5	NEDS
TYBOST	3	
Agentes anticitomegalovirus (CMV)		
<i>cidofovir</i>	5	NEDS
LIVTENCITY	5	PA; NEDS
PREVYMIS TABS	5	PA; NEDS
PREVYMIS PACK 20MG	4	PA
PREVYMIS PACK 120MG	5	PA; NEDS
<i>valganciclovir</i>	3	
<i>valganciclovir hydrochloride</i>	5	NEDS
Agentes antigripales		
<i>amantadine hcl caps, soln, tabs</i>	3	
<i>oseltamivir phosphate caps, susr</i>	3	
RELENZA DISKHALER	3	
<i>rimantadine hydrochloride</i>	4	
XOFLUZA TBPK 40MG, 80MG	3	QL(1 EA por 7 días)
Agentes antihepatitis C (VHC)		
MAVYRET	5	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
<i>ribavirin caps</i>	3	SP-Optum Specialty
<i>ribavirin tabs 200mg</i>	3	SP-Optum Specialty
<i>sofosbuvir/velpatasvir</i>	5	PA; NEDS
VOSEVI	5	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
Agentes antiherpéticos		
<i>acyclovir sodium inj 50mg/ml</i>	4	PA

ID de formulario: 25502, Versión: 9, Fecha efectiva: 03/01/2025

Este formulario se actualizó el 04 de febrero de 2025

Puede encontrar información sobre el significado 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>acyclovir caps, tabs</i>	2	
<i>acyclovir susp</i>	4	
<i>famciclovir tabs</i>	3	
<i>valacyclovir hydrochloride</i>	2	
Agentes contra el VIH, inhibidores de la integrasa (II)		
BIKTARVY	5	NEDS
DOVATO	5	NEDS
GENVOYA	5	NEDS
ISENTRESS HD	5	QL(60 EA por 30 días); NEDS
ISENTRESS PACK	4	
ISENTRESS TABS	5	QL(120 EA por 30 días); NEDS
ISENTRESS CHEW 25MG	3	QL(720 EA por 30 días)
ISENTRESS CHEW 100MG	5	QL(180 EA por 30 días); NEDS
JULUCA	5	NEDS
STRIBILD	5	NEDS
TIVICAY PD	4	
TIVICAY TABS 10MG	3	
TIVICAY TABS 25MG, 50MG	5	NEDS
Agentes contra el VIH, inhibidores de la transcriptasa inversa no nucleósidos (ITINN)		
COMPLERA	5	NEDS
DELSTRIGO	5	NEDS
EDURANT	5	NEDS
<i>efavirenz</i>	4	
<i>efavirenz/emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate</i>	5	NEDS
<i>efavirenz/lamivudine/tenofovir disoproxil fumarate</i>	5	NEDS
<i>etravirine</i>	5	NEDS
INTELENCE TABS 25MG	3	
<i>nevirapine er tb24 100mg</i>	2	
<i>nevirapine er tb24 400mg</i>	4	
<i>nevirapine tabs</i>	2	
<i>nevirapine susp</i>	4	
PIFELTRO	5	NEDS
Agentes contra el VIH, inhibidores de la transcriptasa inversa nucleósidos y nucleótidos (ITIN)		
<i>abacavir</i>	4	
<i>abacavir sulfate/lamivudine</i>	4	
CIMDUO	5	NEDS
DESCOVY	5	NEDS
<i>emtricitabine</i>	4	
<i>emtricitabine/tenofovir disoproxil</i>	5	NEDS

ID de formulario: 25502, Versión: 9, Fecha efectiva: 03/01/2025

Este formulario se actualizó el 04 de febrero de 2025

Puede encontrar información sobre el significado 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>emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate tabs 200mg; 300mg</i>	4	
<i>emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate tabs 100mg; 150mg, 133mg; 200mg</i>	5	NEDS
EMTRIVA SOLN	4	
<i>lamivudine/zidovudine</i>	4	
<i>lamivudine soln 10mg/ml</i>	4	
<i>lamivudine tabs 150mg, 300mg</i>	3	
ODEFSEY	5	NEDS
<i>tenofovir disoproxil fumarate</i>	4	
TRIUMEQ	5	NEDS
TRIUMEQ PD	4	
TRIZIVIR	5	NEDS
VIREAD POWD	5	NEDS
VIREAD TABS 150MG, 200MG, 250MG	5	NEDS
<i>zidovudine</i>	3	
Agentes contra el virus de la hepatitis B (VHB)		
<i>adefovir dipivoxil</i>	4	
<i>entecavir</i>	4	
<i>lamivudine tabs 100mg</i>	3	
VEMLIDY	5	NEDS
Antivirales, agentes de coronavirus		
LAGEVRIO	3	QL(40 EA por 5 días)
PAXLOVID TBPK 150MG; 100MG	3	QL(20 EA por 5 días)
PAXLOVID TBPK 300MG; 100MG	3	QL(30 EA por 5 días)
Electrolitos/minerales/metales/vitaminas		
Aglutinantes de potasio		
LOKELMA	4	QL(90 EA por 30 días)
<i>sodium polystyrene sulfonate powd</i>	3	
<i>sps</i>	4	
Modificadores de electrolitos/minerales/metales		
CHEMET	5	NEDS
<i>deferasirox pack</i>	5	NEDS; SP-Optum Specialty
<i>deferasirox tabs 90mg</i>	3	SP-Optum Specialty
<i>deferasirox tabs 180mg, 360mg</i>	4	SP-Optum Specialty
<i>deferasirox tbso 125mg</i>	4	SP-Optum Specialty
<i>deferasirox tbso 250mg, 500mg</i>	5	NEDS; SP-Optum Specialty
<i>penicillamine tabs</i>	5	NEDS
<i>trientine hydrochloride</i>	5	NEDS
Quelantes de fosfato		
<i>calcium acetate caps</i>	4	
<i>calcium acetate tabs 667mg</i>	3	

ID de formulario: 25502, Versión: 9, Fecha efectiva: 03/01/2025

Este formulario se actualizó el 04 de febrero de 2025

Puede encontrar información sobre el significado 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>sevelamer carbonate</i>	4	
VELPHORO	5	NEDS
Reemplazo de electrolitos/minerales		
AMINOSYN II INJ 107.6MEQ/L; 1490MG/100ML; 1527MG/100ML; 1050MG/100ML; 1107MG/100ML; 750MG/100ML; 450MG/100ML; 990MG/100ML; 1500MG/100ML; 1575MG/100ML; 258MG/100ML; 405MG/100ML; 447MG/100ML; 1083MG/100ML; 795MG/100ML; 50MEQ/L; 600MG/100ML; 300MG/100ML; 750MG/100ML	3	PA BvD
AMINOSYN-PF 7% INJ 32.5MEQ/L; 490MG/100ML; 861MG/100ML; 370MG/100ML; 576MG/100ML; 270MG/100ML; 220MG/100ML; 534MG/100ML; 831MG/100ML; 475MG/100ML; 125MG/100ML; 300MG/100ML; 570MG/100ML; 347MG/100ML; 50MG/100ML; 360MG/100ML; 125MG/100ML; 44MG/100ML; 452MG/100ML	3	PA BvD
<i>carglumic acid</i>	5	PA; NEDS
CLINIMIX 6/5	3	PA BvD
CLINIMIX 8/10	3	PA BvD
CLINIMIX E 8/10	3	PA BvD
<i>dextrose 10%</i>	2	
<i>dextrose 10%/sodium chloride 0.2%</i>	2	
<i>dextrose 10%/sodium chloride 0.45%</i>	2	
<i>dextrose 2.5%/sodium chloride 0.45%</i>	2	
<i>dextrose 5%</i>	2	
<i>dextrose 5%/sodium chloride 0.2%</i>	2	
<i>dextrose 5%/sodium chloride 0.3%</i>	2	
<i>dextrose 5%/sodium chloride 0.33%</i>	2	
<i>dextrose 5%/sodium chloride 0.45%</i>	2	
<i>dextrose 5%/sodium chloride 0.9%</i>	2	
<i>dextrose 50%</i>	2	
<i>dextrose 70%</i>	2	
<i>dextrose/sodium chloride</i>	2	
<i>effer-k tbe 25meq</i>	1	
<i>glucose (dextrose) 50%</i>	2	
<i>glucose (dextrose) 70%</i>	2	
<i>k-prime</i>	1	
<i>kcl 0.075%/d5w/nacl 0.45% inj 5%; 10meq/l; 0.45%</i>	4	
<i>kcl 0.15%/d5w/nacl 0.2%</i>	4	
<i>kcl 0.15%/d5w/nacl 0.45% inj 5%; 20meq/l; 0.45%</i>	4	
<i>kcl 0.15%/d5w/nacl 0.9% inj 5%; 20meq/l; 0.9%</i>	4	
<i>kcl 0.3%/d5w/nacl 0.45% inj 5%; 40meq/l; 0.45%</i>	4	
<i>kcl 0.3%/d5w/nacl 0.9% inj 5%; 40meq/l; 0.9%</i>	4	

ID de formulario: 25502, Versión: 9, Fecha efectiva: 03/01/2025

Este formulario se actualizó el 04 de febrero de 2025

Puede encontrar información sobre el significado 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>klor-con</i>	3	
<i>klor-con 10</i>	2	
<i>klor-con 8</i>	2	
<i>klor-con m10</i>	2	
<i>klor-con m15</i>	2	
<i>klor-con m20</i>	2	
<i>klor-con/ef</i>	2	
<i>lactated ringers inj 3meq/l; 109meq/l; 28meq/l; 4meq/l; 130meq/l</i>	2	
<i>magnesium sulfate inj 50%</i>	4	
PLENAMINE	3	PA BvD
<i>potassium chloride er tbc</i>	2	
<i>potassium chloride er cpcr</i>	3	
<i>potassium chloride/dextrose/sodium chloride inj 5%; 20meq/l; 0.225%</i>	2	
<i>potassium chloride/dextrose/sodium chloride inj 5%; 10meq/l; 0.45%, 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>	4	
<i>potassium chloride pack, oral soln</i>	3	
<i>potassium chloride inj 10meq/50ml, 20meq/50ml</i>	2	
<i>potassium chloride inj 2meq/ml</i>	4	
<i>potassium citrate er</i>	4	
PREMASOL INJ 52MEQ/L; 1760MG/100ML; 880MG/100ML; 34MEQ/L; 1760MG/100ML; 372MG/100ML; 406MG/100ML; 526MG/100ML; 492MG/100ML; 492MG/100ML; 526MG/100ML; 356MG/100ML; 356MG/100ML; 390MG/100ML; 34MG/100ML; 152MG/100ML	3	PA BvD
PROSOL	3	PA BvD
<i>sodium chloride 0.45% inj</i>	2	
<i>sodium chloride inj 0.9%, 3%, 5%</i>	2	
<i>sodium chloride inj 0.9%, 2.5meq/ml, 4meq/ml</i>	4	
TRAVASOL INJ 52MEQ/L; 1760MG/100ML; 880MG/100ML; 34MEQ/L; 1760MG/100ML; 372MG/100ML; 406MG/100ML; 526MG/100ML; 492MG/100ML; 492MG/100ML; 526MG/100ML; 356MG/100ML; 500MG/100ML; 356MG/100ML; 390MG/100ML; 34MG/100ML; 152MG/100ML	3	PA BvD

ID de formulario: 25502, Versión: 9, Fecha efectiva: 03/01/2025

Este formulario se actualizó el 04 de febrero de 2025

Puede encontrar información sobre el significado 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	3	PA BvD
Vitaminas		
<i>cyanocobalamin inj 1000mcg/ml</i>	2	EC
<i>folic acid tabs 1mg</i>	1	EC
<i>prenatal tabs 120mg; 0; 200mg; 10mcg; 2mg; 12mcg; 27mg; 1mg; 20mg; 10mg; 1200mcg; 3mg; 1.84mg; 10mg; 25mg</i>	2	
<i>vitamin d caps 1.25mg</i>	1	EC
Productos y modificadores sanguíneos		
Agentes homeostáticos		
<i>aminocaproic acid inj, oral soln</i>	2	
<i>aminocaproic acid tabs 500mg</i>	2	
<i>tranexamic acid tabs</i>	3	
Agentes modificadores de plaquetas		
<i>aspirin/dipyridamole er</i>	4	
BRILINTA	3	
CABLIVI	5	NEDS
<i>cilostazol</i>	2	
<i>clopidogrel</i>	1	
DOPTELET	5	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
<i>prasugrel hydrochloride</i>	3	
Anticoagulantes		
<i>dabigatran etexilate</i>	4	
ELIQUIS	3	
ELIQUIS STARTER PACK	3	
<i>enoxaparin sodium inj 300mg/3ml</i>	3	
<i>enoxaparin sodium inj 100mg/ml, 120mg/0.8ml, 150mg/ml, 30mg/0.3ml, 40mg/0.4ml, 60mg/0.6ml, 80mg/0.8ml</i>	4	
<i>fondaparinux sodium inj 2.5mg/0.5ml</i>	4	
<i>fondaparinux sodium inj 10mg/0.8ml, 5mg/0.4ml, 7.5mg/0.6ml</i>	5	NEDS
FRAGMIN INJ 10000UNIT/4ML, 2500UNIT/0.2ML, 5000UNIT/0.2ML	4	
FRAGMIN INJ 10000UNIT/ML, 12500UNIT/0.5ML, 15000UNIT/0.6ML, 18000UNIT/0.72ML, 7500UNIT/0.3ML, 95000UNIT/3.8ML	5	NEDS
<i>heparin sodium/d5w inj 5%; 40unit/ml</i>	2	
<i>heparin sodium inj 10000unit/ml, 1000unit/ml, 20000unit/ml, 5000unit/0.5ml, 5000unit/ml</i>	3	

ID de formulario: 25502, Versión: 9, Fecha efectiva: 03/01/2025

Este formulario se actualizó el 04 de febrero de 2025

Puede encontrar información sobre el significado 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>jantoven</i>	1	
<i>warfarin sodium tabs</i>	1	
XARELTO STARTER PACK	3	
XARELTO TABS	3	
Productos y modificadores sanguíneos, otros		
<i>anagrelide hydrochloride</i>	3	
MOZOBIL	5	NEDS
NEULASTA	5	NEDS; SP-Optum Specialty
NEULASTA ONPRO KIT	5	NEDS
<i>plerixafor</i>	5	NEDS
PROCRT INJ 10000UNIT/ML, 2000UNIT/ML, 3000UNIT/ML, 4000UNIT/ML	4	SP-Optum Specialty
PROCRT INJ 20000UNIT/ML, 40000UNIT/ML	5	NEDS; SP-Optum Specialty
PROMACTA	5	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
RETACRIT INJ 10000UNIT/ML, 20000UNIT/2ML, 20000UNIT/ML, 2000UNIT/ML, 3000UNIT/ML, 4000UNIT/ML	4	SP-Optum Specialty
RETACRIT INJ 40000UNIT/ML	5	NEDS; SP-Optum Specialty
UDENYCA ONBODY	5	NEDS
UDENYCA INJ 6MG/0.6ML	5	NEDS
UDENYCA INJ 6MG/0.6ML	5	NEDS; SP-Optum Specialty
ZARXIO	5	NEDS; SP-Optum Specialty
Reguladores de la glucemia		
Agentes antidiabéticos		
<i>acarbose tabs</i>	1	
BYDUREON BCISE	3	PA
BYETTA	4	PA
<i>glimepiride tabs 1mg, 2mg, 4mg</i>	1	
<i>glipizide er</i>	1	
<i>glipizide/metformin hydrochloride</i>	1	
<i>glipizide tabs 10mg, 5mg</i>	1	
<i>glyburide micronized</i>	1	
<i>glyburide/metformin hydrochloride</i>	1	
<i>glyburide tabs 1.25mg, 2.5mg, 5mg</i>	1	
GLYXAMBI	3	
JANUMET	3	
JANUMET XR	3	
JANUVIA	3	

ID de formulario: 25502, Versión: 9, Fecha efectiva: 03/01/2025

Este formulario se actualizó el 04 de febrero de 2025

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
JENTADUETO	3	
JENTADUETO XR	3	
<i>metformin hydrochloride er tb24 500mg, 750mg</i>	1	
<i>metformin hydrochloride soln</i>	1	
<i>metformin hydrochloride tabs 1000mg, 500mg, 850mg</i>	1	
<i>miglitol</i>	1	
MOUNJARO	3	PA
<i>nateglinide</i>	1	
OZEMPIC	3	PA
<i>pioglitazone hcl-glimepiride</i>	1	
<i>pioglitazone hcl/metformin hcl</i>	1	
<i>pioglitazone hcl tabs 45mg</i>	1	
<i>pioglitazone hydrochloride tabs 15mg, 30mg</i>	1	
<i>repaglinide</i>	1	
RYBELSUS	3	PA
<i>saxagliptin hydrochloride</i>	1	
<i>saxagliptin hydrochloride/metformin hydrochloride er</i>	1	
SYMLINPEN 120	5	NEDS
SYMLINPEN 60	5	NEDS
SYNJARDY	3	
SYNJARDY XR	3	
TRADJENTA	3	
TRULICITY	3	PA
XIGDUO XR	3	
Agentes antidiabéticos		
BAQSIMI ONE PACK	3	
BAQSIMI TWO PACK	3	
<i>diazoxide susp</i>	4	
GLUCAGEN HYPOKIT	3	
GLUCAGON EMERGENCY KIT	3	
GLUCAGON EMERGENCY KIT FOR LOW BLOOD SUGAR	3	
GVOKE HYPOPEN 1-PACK	3	
GVOKE HYPOPEN 2-PACK	3	
GVOKE KIT	3	
GVOKE PFS	3	
Insulinas		
HUMALOG	3	
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN	3	
HUMALOG KWIKPEN	3	
HUMALOG MIX 50/50	3	
HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN	3	
HUMALOG MIX 75/25	3	
HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN	3	

ID de formulario: 25502, Versión: 9, Fecha efectiva: 03/01/2025

Este formulario se actualizó el 04 de febrero de 2025

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
HUMULIN 70/30	3	
HUMULIN 70/30 KWIKPEN	3	
HUMULIN N	3	
HUMULIN N KWIKPEN	3	
HUMULIN R	3	
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED)	3	
HUMULIN R U-500 KWIKPEN	3	
<i>insulin lispro</i>	3	
<i>insulin lispro junior kwikpen</i>	3	
<i>insulin lispro kwikpen</i>	3	
<i>insulin lispro protamine/insulin lispro kwikpen</i>	3	
LANTUS	3	
LANTUS SOLOSTAR	3	
LEVEMIR FLEXTOUCH	3	
<i>novolin 70/30</i>	3	
<i>novolin 70/30 flexpen</i>	3	
<i>novolin n</i>	3	
<i>novolin n flexpen</i>	3	
<i>novolin r</i>	3	
<i>novolin r flexpen</i>	3	
<i>novolog</i>	3	
<i>novolog flexpen</i>	3	
<i>novolog mix 70/30</i>	3	
<i>novolog mix 70/30 prefilled flexpen</i>	3	
<i>novolog penfill</i>	3	
TOUJEO MAX SOLOSTAR	3	
TOUJEO SOLOSTAR	3	
TRESIBA	3	
TRESIBA FLEXTOUCH	3	
Relajantes musculares esqueléticos		
<i>Relajantes musculares esqueléticos</i>		
<i>cyclobenzaprine hydrochloride</i>	3	
Trastorno genético, enzimático o proteico: Reemplazo, modificadores, tratamiento		
<i>Trastorno genético, enzimático o proteico: Reemplazo, modificadores, tratamiento</i>		
<i>betaine anhydrous</i>	5	NEDS
CHOLBAM	5	PA; NEDS
CREON	3	
<i>cromolyn sodium conc 100mg/5ml</i>	4	
CYSTAGON	4	
<i>dichlorphenamide</i>	5	PA; NEDS
ENDARI	5	NEDS
<i>l-glutamine</i>	5	NEDS

ID de formulario: 25502, Versión: 9, Fecha efectiva: 03/01/2025

Este formulario se actualizó el 04 de febrero de 2025

Puede encontrar información sobre el significado 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>miglustat</i>	5	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
<i>nitisinone caps 20mg</i>	5	PA; NEDS
<i>nitisinone caps 10mg, 2mg, 5mg</i>	5	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
PROLASTIN-C	5	PA; NEDS
PYRUKYND	5	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
PYRUKYND TAPER PACK	5	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
REVCOVI	5	NEDS
<i>sapropterin dihydrochloride</i>	5	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
<i>sodium phenylbutyrate</i>	5	NEDS
SUCRAID	5	NEDS
WELIREG	5	PA NSO; NEDS
<i>yargesa</i>	5	PA; NEDS
ZENPEP	3	

ID de formulario: 25502, Versión: 9, Fecha efectiva: 03/01/2025

Este formulario se actualizó el 04 de febrero de 2025

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>	57	ALPHAGAN P	27
<i>abacavir sulfate/lamivudine</i>	57	<i>alprazolam</i>	37
ABELCET	45	<i>alprazolam er</i>	37
ABILIFY ASIMTUFII	54	ALUNBRIG	48
ABILIFY MAINTENA	54	<i>alyq</i>	32
ABILIFY MYCITE MAINTENANCE KIT	54	<i>amabelz</i>	18
ABILIFY MYCITE STARTER KIT	54	<i>amantadine hcl</i>	56
<i>abiraterone acetate</i>	46	<i>ambrisentan</i>	32
ABRYSVO	26	<i>amcinonide</i>	14
<i>acamprosate calcium dr</i>	30	<i>amethia</i>	18
<i>acarbose</i>	62	<i>amikacin sulfate</i>	37
<i>accutane</i>	13	<i>amiloride hcl</i>	8
<i>acebutolol hydrochloride</i>	4	<i>amiloride/hydrochlorothiazide</i>	5
<i>acetaminophen/codeine</i>	35	<i>aminocaproic acid</i>	61
<i>acetazolamide</i>	27	AMINOSYN II	59
<i>acetazolamide er</i>	27	AMINOSYN-PF 7%	59
<i>acetic acid</i>	34	<i>amiodarone hydrochloride</i>	7
<i>acetic acid 0.25%</i>	17	<i>amitriptyline hcl</i>	43
<i>acetylcysteine</i>	30	<i>amitriptyline hydrochloride</i>	43
<i>acitretin</i>	13	<i>amlodipine besylate</i>	5
ACTHIB	26	<i>amlodipine besylate/atorvastatin calcium</i>	5
ACTIMMUNE	24	<i>amlodipine besylate/benazepril hydrochloride</i>	5
<i>acyclovir</i>	57	<i>amlodipine besylate/valsartan</i>	6
<i>acyclovir sodium</i>	56	<i>amlodipine/olmesartan medoxomil</i>	6
ADACEL	26	<i>amlodipine/valsartan/hydrochlorothiazide</i>	6
<i>adapalene</i>	13	<i>ammonium lactate</i>	14
<i>adefovir dipivoxil</i>	58	<i>amnesteam</i>	13
ADEMPAS	32	<i>amoxapine</i>	43
ADTHYZA	21	<i>amoxicillin</i>	39
AIMOVIG	3	<i>amoxicillin/clavulanate potassium</i>	39
AKEEGA	47	<i>amoxicillin/clavulanate potassium er</i>	39
<i>albendazole</i>	53	<i>amphetamine/dextroamphetamine</i>	11
<i>albuterol sulfate</i>	33	<i>amphotericin b</i>	45
<i>albuterol sulfate hfa</i>	33	<i>amphotericin b liposome</i>	45
<i>alcohol prep pads</i>	34	<i>ampicillin</i>	39
ALECENSA	48	<i>ampicillin sodium</i>	39
<i>alendronate sodium</i>	9	<i>ampicillin/sulbactam</i>	39
<i>alfuzosin hcl er</i>	17	<i>ampicillin-sulbactam</i>	39
<i>aliskiren</i>	5	<i>anagrelide hydrochloride</i>	62
<i>allopurinol</i>	9	<i>anastrozole</i>	48
ALOCRIIL	27	ANORO ELLIPTA	30
<i>alosetron hydrochloride</i>	15	<i>apraclonidine</i>	27
		<i>aprepitant</i>	44
		<i>apri</i>	18

ID de formulario: 25502, Versión: 9, Fecha efectiva: 03/01/2025

Este formulario se actualizó el 04 de febrero de 2025

Puede 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
APTIOM	42	<i>bacitracin</i>	28
APTIVUS	55	<i>bacitracin/polymyxin b</i>	28
ARCALYST	22	<i>baclofen</i>	3
AREXVY	26	<i>balsalazide disodium</i>	9
<i>arformoterol tartrate</i>	33	BALVERSA	48
ARIKAYCE	37	<i>balziva</i>	18
<i>aripiprazole</i>	54	BAQSIMI ONE PACK	63
<i>aripiprazole odt</i>	54	BAQSIMI TWO PACK	63
ARISTADA	54	BCG VACCINE	26
ARISTADA INITIO	54	<i>bd insulin syringe safetyglide/1ml/29g x</i>	34
<i>armodafinil</i>	12	<i>1/2"</i>	
ARMOUR THYROID	21	<i>b-d insulin syringe ultrafine ii/0.3ml/31g x</i>	34
<i>asenapine maleate sl</i>	54	<i>5/16"</i>	
<i>ashlyna</i>	18	<i>bd insulin syringe ultra-fine/0.5ml/30g x</i>	34
<i>aspirin/dipyridamole er</i>	61	<i>12.7mm</i>	
<i>atazanavir</i>	55	<i>bd insulin syringe ultra-fine/1ml/31g x 8mm</i>	34
<i>atazanavir sulfate</i>	55	<i>bd insulin syringe/u-100/1ml/27g x 1/2"</i>	34
<i>atenolol</i>	4	<i>bd insulin syringe/u-500/0.5ml/31g x 6mm</i>	34
<i>atenolol/chlorthalidone</i>	6	<i>bd pen needle/original/ultra-fine/29g x</i>	34
<i>atomoxetine</i>	11	<i>12.7mm</i>	
<i>atomoxetine hydrochloride</i>	11	BELSOMRA	12
<i>atorvastatin calcium</i>	7	<i>benazepril hcl</i>	8
<i>atovaquone</i>	53	<i>benazepril hydrochloride</i>	8
<i>atovaquone/proguanil hcl</i>	53	<i>benazepril</i>	6
<i>atropine sulfate</i>	28	<i>hydrochloride/hydrochlorothiazide</i>	
<i>atrovent hfa</i>	33	BENLYSTA	22
AUGTYRO	48	<i>benzonatate</i>	30
AUSTEDO	12	<i>benztropine mesylate</i>	4
AUSTEDO XR	12	<i>bepotastine besilate</i>	27
AUSTEDO XR PATIENT TITRATION	12	BERINERT	24
KIT		BESIVANCE	28
AUVELITY	43	BESREMI	24
<i>aviane</i>	18	<i>betaine anhydrous</i>	64
<i>avita</i>	13	<i>betamethasone dipropionate</i>	14
AVONEX	10	<i>betamethasone dipropionate augmented</i>	14
AVONEX PEN	10	<i>betamethasone valerate</i>	14
AYVAKIT	48	BETASERON	10
<i>azathioprine</i>	24	<i>betaxolol hcl</i>	27
<i>azelaic acid</i>	14	<i>bethanechol chloride</i>	17
<i>azelastine hcl</i>	27	BETIMOL	27
<i>azelastine hcl</i>	32	BEVESPI AEROSPHERE	30
<i>azelastine hydrochloride</i>	32	<i>bexarotene</i>	53
<i>azithromycin</i>	40	BEXSERO	26
<i>aztreonam</i>	37	<i>bicalutamide</i>	46
<i>azurette</i>	18	BICILLIN L-A	39

ID de formulario: 25502, Versión: 9, Fecha efectiva: 03/01/2025

Este formulario se actualizó el 04 de febrero de 2025

Puede 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
BIKTARVY	57	<i>cabergoline</i>	22
<i>bimatoprost</i>	29	CABLIVI	61
<i>bisoprolol fumarate</i>	4	CABOMETYX	49
<i>bisoprolol fumarate/hydrochlorothiazide</i>	6	<i>calcipotriene</i>	13
BIVIGAM	24	<i>calcitonin salmon</i>	10
BOOSTRIX	26	<i>calcitonin-salmon</i>	10
<i>bortezomib</i>	47	<i>calcitriol</i>	10
<i>boruzu</i>	47	<i>calcitriol</i>	13
<i>bosentan</i>	32	<i>calcium acetate</i>	58
BOSULIF	48	CALQUENCE	49
BRAFTOVI	48	<i>camila</i>	20
BREO ELLIPTA	30	<i>candesartan cilexetil</i>	6
BREYNA	30	<i>candesartan cilexetil/hydrochlorothiazide</i>	6
BREZTRI AEROSPHERE	30	CAPLYTA	54
<i>briellyn</i>	18	CAPRELSA	49
BRILINTA	61	<i>captopril</i>	8
<i>brimonidine tartrate</i>	27	<i>carbamazepine</i>	42
<i>brimonidine tartrate/timolol maleate</i>	28	<i>carbamazepine er</i>	42
<i>brinzolamide</i>	27	<i>carbidopa</i>	4
BRIVIACT	42	<i>carbidopa/levodopa</i>	4
<i>bromfenac</i>	29	<i>carbidopa/levodopa er</i>	4
<i>bromfenac sodium</i>	29	<i>carbidopa/levodopa odt</i>	4
<i>bromocriptine mesylate</i>	4	<i>carbidopa/levodopa/entacapone</i>	4
BROMSITE	29	<i>carglumic acid</i>	59
BRONCHITOL	30	<i>carteolol hcl</i>	27
BRUKINSA	48	<i>cartia xt</i>	5
<i>budesonide</i>	9	<i>carvedilol</i>	4
<i>budesonide</i>	32	CAYSTON	31
<i>budesonide er</i>	9	<i>cefaclor</i>	38
<i>bumetanide</i>	8	<i>cefadroxil</i>	38
<i>buprenorphine</i>	35	<i>cefazolin</i>	38
<i>buprenorphine hcl</i>	30	<i>cefazolin sodium</i>	38
<i>buprenorphine hcl/naloxone hcl</i>	30	<i>cefazolin sodium/dextrose</i>	38
<i>buprenorphine hydrochloride/naloxone</i>	30	<i>cefazolin/dextrose</i>	38
<i>hydrochloride</i>		<i>cefdinir</i>	38
<i>bupropion hcl</i>	43	<i>cefepime</i>	39
<i>bupropion hydrochloride</i>	43	<i>cefepime hydrochloride</i>	39
<i>bupropion hydrochloride er (sr)</i>	29	<i>cefepime/dextrose</i>	39
<i>bupropion hydrochloride er (sr)</i>	43	<i>cefixime</i>	39
<i>bupropion hydrochloride er (xl)</i>	43	<i>cefotetan</i>	39
<i>buspirona hcl</i>	37	<i>cefoxitin sodium</i>	39
<i>buspirona hydrochloride</i>	37	<i>cefpodoxime proxetil</i>	39
<i>butorphanol tartrate</i>	35	<i>cefprozil</i>	39
BYDUREON BCISE	62	<i>ceftazidime</i>	39
BYETTA	62	<i>ceftriaxone in iso-osmotic dextrose</i>	39

ID de formulario: 25502, Versión: 9, Fecha efectiva: 03/01/2025

Este formulario se actualizó el 04 de febrero de 2025

Puede 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>ceftriaxone sodium</i>	39	CLINIMIX 8/10	59
<i>ceftriaxone/dextrose</i>	39	CLINIMIX E 8/10	59
<i>cefuroxime axetil</i>	39	<i>clobazam</i>	41
<i>cefuroxime sodium</i>	39	<i>clobetasol propionate</i>	14
<i>celecoxib</i>	36	<i>clobetasol propionate e</i>	14
<i>cephalexin</i>	39	<i>clodan</i>	14
<i>cevimeline hydrochloride</i>	13	<i>clomipramine hydrochloride</i>	43
CHEMET	58	<i>clonazepam</i>	41
<i>chlorhexidine gluconate</i>	13	<i>clonazepam odt</i>	41
<i>chloroquine phosphate</i>	53	<i>clonidine</i>	6
<i>chlorpromazine hcl</i>	54	<i>clonidine hydrochloride</i>	6
<i>chlorpromazine hydrochloride</i>	54	<i>clonidine hydrochloride er</i>	11
<i>chlorthalidone</i>	8	<i>clopidogrel</i>	61
CHOLBAM	64	<i>clorazepate dipotassium</i>	37
<i>cholestyramine</i>	8	<i>clotrimazole</i>	45
<i>cholestyramine light</i>	7	<i>clotrimazole/betamethasone dipropionate</i>	13
<i>ciclopirox</i>	15	<i>clozapine</i>	54
<i>ciclopirox nail lacquer</i>	15	<i>clozapine odt</i>	54
<i>ciclopirox olamine</i>	15	COARTEM	53
<i>cidofovir</i>	56	COBENFY	12
<i>cilostazol</i>	61	COBENFY STARTER PACK	12
CIMDUO	57	<i>codeine sulfate</i>	35
<i>cimetidine</i>	16	<i>colchicine</i>	9
<i>cinacalcet hydrochloride</i>	10	<i>colestipol hcl</i>	8
<i>ciprofloxacin</i>	35	<i>colistimethate sodium</i>	38
<i>ciprofloxacin</i>	40	COMBIVENT RESPIMAT	30
<i>ciprofloxacin hcl</i>	40	COMETRIQ	49
<i>ciprofloxacin hydrochloride</i>	28	COMPLERA	57
<i>ciprofloxacin hydrochloride</i>	40	<i>constulose</i>	16
<i>ciprofloxacin i.v.-in d5w</i>	40	COPIKTRA	49
<i>ciprofloxacin/dexamethasone</i>	34	CORLANOR	6
<i>citalopram hydrobromide</i>	44	CORTIFOAM	9
<i>claravis</i>	14	CORTISPORIN-TC	35
<i>clarithromycin</i>	40	COSENTYX	22
<i>clarithromycin er</i>	40	COSENTYX SENSOREADY PEN	22
CLENPIQ	16	COSENTYX UNOREADY	22
<i>clindacin-p</i>	38	COTELLIC	49
<i>clindamycin hcl</i>	38	CREON	64
<i>clindamycin hydrochloride</i>	38	<i>cromolyn sodium</i>	27
<i>clindamycin palmitate hydrochloride</i>	38	<i>cromolyn sodium</i>	33
<i>clindamycin phosphate</i>	15	<i>cromolyn sodium</i>	64
<i>clindamycin phosphate</i>	38	<i>curity gauze pads 2"x2" 12 ply</i>	34
<i>clindamycin phosphate/benzoyl peroxide</i>	14	CUVITRU	24
<i>clindamycin/benzoyl peroxide</i>	14	<i>cyanocobalamin</i>	61
CLINIMIX 6/5	59	<i>cyclobenzaprine hydrochloride</i>	64

ID de formulario: 25502, Versión: 9, Fecha efectiva: 03/01/2025

Este formulario se actualizó el 04 de febrero de 2025

Puede 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>cyclopentolate hcl</i>	28	<i>dexmethylphenidate hcl</i>	11
<i>cyclopentolate hydrochloride</i>	28	<i>dexmethylphenidate hcl er</i>	11
<i>cyclophosphamide</i>	46	<i>dexmethylphenidate hydrochloride</i>	11
<i>cyclosporine</i>	24	<i>dexmethylphenidate hydrochloride er</i>	11
<i>cyclosporine</i>	28	<i>dextroamphetamine sulfate</i>	11
<i>cyclosporine modified</i>	24	<i>dextroamphetamine sulfate er</i>	11
<i>cyproheptadine hcl</i>	32	<i>dextrose 10%</i>	59
<i>cyproheptadine hydrochloride</i>	32	<i>dextrose 10%/sodium chloride 0.2%</i>	59
CYSTAGON	64	<i>dextrose 10%/sodium chloride 0.45%</i>	59
CYSTARAN	28	<i>dextrose 2.5%/sodium chloride 0.45%</i>	59
<i>dabigatran etexilate</i>	61	<i>dextrose 5%</i>	59
<i>dalfampridine er</i>	10	<i>dextrose 5%/sodium chloride 0.2%</i>	59
<i>danazol</i>	18	<i>dextrose 5%/sodium chloride 0.3%</i>	59
<i>dantrolene sodium</i>	3	<i>dextrose 5%/sodium chloride 0.33%</i>	59
DANZITEN	49	<i>dextrose 5%/sodium chloride 0.45%</i>	59
<i>dapsone</i>	45	<i>dextrose 5%/sodium chloride 0.9%</i>	59
DAPTACEL	26	<i>dextrose 50%</i>	59
<i>daptomycin</i>	38	<i>dextrose 70%</i>	59
<i>daptomycin/sodium chloride</i>	38	<i>dextrose/sodium chloride</i>	59
<i>darifenacin hydrobromide er</i>	17	DIACOMIT	41
<i>darunavir</i>	55	<i>diazepam</i>	37
DARZALEX	47	<i>diazepam intensol</i>	37
<i>dasatinib</i>	49	<i>diazepam rectal gel</i>	41
DAURISMO	49	<i>diazoxide</i>	63
<i>deblitane</i>	20	<i>dichlorphenamide</i>	64
<i>deferasirox</i>	58	<i>diclofenac epolamine</i>	36
DELSTRIGO	57	<i>diclofenac potassium</i>	36
DENGVAXIA	26	<i>diclofenac sodium</i>	13
DEPO-MEDROL	20	<i>diclofenac sodium</i>	29
DEPO-SUBQ PROVERA 104	20	<i>diclofenac sodium</i>	36
DESCOVY	57	<i>diclofenac sodium dr</i>	36
<i>desipramine hydrochloride</i>	43	<i>diclofenac sodium er</i>	36
<i>desloratadine</i>	32	<i>dicloxacillin sodium</i>	39
<i>desmopressin acetate</i>	18	<i>dicyclomine hcl</i>	16
<i>desogestrel/ethinyl estradiol</i>	18	<i>dicyclomine hydrochloride</i>	16
<i>desonide</i>	14	DIFICID	40
<i>desoximetasone</i>	14	<i>diflunisal</i>	36
DESRX	14	<i>difluprednate</i>	29
<i>desvenlafaxine er</i>	44	<i>digitek</i>	7
<i>dexamethasone</i>	20	<i>digoxin</i>	7
<i>dexamethasone intensol</i>	20	<i>dihydroergotamine mesylate</i>	3
<i>dexamethasone sodium phosphate</i>	21	<i>diltiazem hcl</i>	5
<i>dexamethasone sodium phosphate</i>	29	<i>diltiazem hcl cd</i>	5
<i>dexamethasone sodium phosphate +rfid</i>	20	<i>diltiazem hcl er</i>	5
DEXLANSOPRAZOLE	16	<i>diltiazem hydrochloride</i>	5

ID de formulario: 25502, Versión: 9, Fecha efectiva: 03/01/2025

Este formulario se actualizó el 04 de febrero de 2025

Puede 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>diltiazem hydrochloride er</i>	5	<i>efavirenz/lamivudine/tenofovir disoproxil fumarate</i>	57
<i>dilt-xr</i>	5	<i>effe-k</i>	59
<i>dimethyl fumarate</i>	10	ELIGARD	22
<i>diphenhydramine hydrochloride</i>	32	ELIQUIS	61
DIPHThERIA/TETANUS TOXOIDS	26	ELIQUIS STARTER PACK	61
ADSORBED PEDIATRIC		<i>elixophyllin</i>	33
<i>disulfiram</i>	30	ELMIRON	17
<i>divalproex sodium dr</i>	41	<i>eluryng</i>	18
<i>divalproex sodium er</i>	41	EMCYT	47
<i>docetaxel</i>	47	EMGALITY	3
<i>dofetilide</i>	7	EMSAM	43
<i>donepezil hcl</i>	3	<i>emtricitabine</i>	57
<i>donepezil hydrochloride</i>	3	<i>emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate</i>	57
DOPTELET	61	<i>emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate</i>	58
<i>dorzolamide hcl/timolol maleate</i>	28	EMTRIVA	58
<i>dorzolamide hydrochloride</i>	27	<i>enalapril maleate</i>	8
<i>dorzolamide hydrochloride/timolol maleate</i>	28	<i>enalapril maleate/hydrochlorothiazide</i>	6
<i>pf</i>		ENBREL	24
<i>dotti</i>	18	ENBREL MINI	24
DOVATO	57	ENBREL SURECLICK	24
<i>doxazosin mesylate</i>	17	ENDARI	64
<i>doxepin hcl</i>	43	<i>endocet</i>	35
<i>doxepin hydrochloride</i>	43	ENGERIX-B	26
DOXY 100	40	<i>enilloring</i>	18
<i>doxycycline</i>	40	<i>enoxaparin sodium</i>	61
<i>doxycycline hyclate</i>	40	<i>entacapone</i>	4
<i>doxycycline monohydrate</i>	40	<i>entecavir</i>	58
DRIZALMA SPRINKLE	44	ENTRESTO	6
<i>dronabinol</i>	44	<i>enulose</i>	16
<i>droplet pen needles 29gx10mm</i>	34	ENVARSUS XR	25
<i>drospirenone/ethinyl estradiol</i>	18	EPIDIOLEX	42
DROXIA	47	<i>epinastine hcl</i>	27
<i>droxidopa</i>	6	<i>epinephrine</i>	33
<i>duloxetine hcl</i>	44	<i>epitol</i>	42
<i>duloxetine hydrochloride</i>	44	<i>eplerenone</i>	7
DUPIXENT	22	EPRONTIA	42
<i>dutasteride</i>	17	<i>ergotamine tartrate/caffeine</i>	3
<i>dutasteride/tamsulosin hydrochloride</i>	17	ERIVEDGE	49
<i>ec-naproxen</i>	36	ERLEADA	46
<i>econazole nitrate</i>	45	<i>erlotinib hydrochloride</i>	49
EDURANT	57	<i>errin</i>	20
<i>efavirenz</i>	57	<i>ertapenem</i>	40
<i>efavirenz/emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate</i>	57	<i>ertapenem sodium</i>	40
		<i>ery</i>	15

ID de formulario: 25502, Versión: 9, Fecha efectiva: 03/01/2025

Este formulario se actualizó el 04 de febrero de 2025

Puede 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>erythromycin</i>	15	FINTEPLA	42
<i>erythromycin</i>	28	<i>finzala</i>	19
<i>erythromycin dr</i>	40	FIRMAGON	22
<i>erythromycin ethylsuccinate</i>	40	<i>flac</i>	35
<i>escitalopram oxalate</i>	44	FLAREX	29
<i>esomeprazole magnesium</i>	16	FLEBOGAMMA DIF	24
<i>estradiol</i>	18	<i>flecainide acetate</i>	7
<i>estradiol valerate</i>	18	FLOLIPID	7
<i>estradiol/norethindrone acetate</i>	18	FLOVENT DISKUS	32
ESTRING	19	<i>fluconazole</i>	45
<i>eszopiclone</i>	12	<i>fluconazole in sodium chloride</i>	45
<i>ethacrynic acid</i>	8	<i>flucytosine</i>	45
<i>ethambutol hydrochloride</i>	45	<i>fludrocortisone acetate</i>	21
<i>ethosuximide</i>	41	<i>flunisolide</i>	32
<i>etodolac</i>	36	<i>fluocinolone acetonide</i>	14
<i>etodolac er</i>	36	<i>fluocinolone acetonide</i>	35
<i>etonogestrel/ethinyl estradiol</i>	19	<i>fluocinolone acetonide body</i>	14
<i>etravirine</i>	57	<i>fluocinolone acetonide scalp</i>	14
<i>euthyrox</i>	21	<i>fluocinolone acetonide topical</i>	14
<i>everolimus</i>	25	<i>fluocinonide</i>	14
<i>everolimus</i>	49	<i>fluocinonide emulsified base</i>	15
EVOTAZ	55	<i>fluorometholone</i>	29
<i>exemestane</i>	48	<i>fluorouracil</i>	13
EXKIVITY	49	<i>fluoxetine dr</i>	44
<i>ezetimibe</i>	8	<i>fluoxetine hydrochloride</i>	44
<i>ezetimibe/simvastatin</i>	8	<i>fluphenazine decanoate</i>	54
<i>falmina</i>	19	<i>fluphenazine hcl</i>	54
<i>famciclovir</i>	57	<i>fluphenazine hydrochloride</i>	54
<i>famotidine</i>	16	<i>flurazepam hcl</i>	12
FANAPT	54	<i>flurazepam hydrochloride</i>	12
FANAPT TITRATION PACK	54	<i>flurbiprofen</i>	36
FARXIGA	9	<i>flurbiprofen sodium</i>	29
FASENRA	30	<i>flutamide</i>	46
FASENRA PEN	30	<i>fluticasone propionate</i>	15
<i>felbamate</i>	42	<i>fluticasone propionate</i>	33
<i>felodipine er</i>	5	<i>fluticasone propionate diskus</i>	32
<i>fenofibrate</i>	7	<i>fluticasone propionate hfa</i>	33
<i>fenofibrate micronized</i>	7	<i>fluticasone propionate/salmeterol</i>	30
<i>fenofibric acid dr</i>	7	<i>fluticasone propionate/salmeterol diskus</i>	30
<i>fentanyl</i>	35	<i>fluvastatin</i>	7
<i>fentanyl citrate oral transmucosal</i>	35	<i>fluvastatin sodium er</i>	7
FETZIMA	44	<i>flvoxamine maleate</i>	44
FETZIMA TITRATION PACK	44	<i>folic acid</i>	61
<i>finasteride</i>	17	<i>fondaparinux sodium</i>	61
<i>fingolimod hydrochloride</i>	10	<i>formoterol fumarate</i>	33

ID de formulario: 25502, Versión: 9, Fecha efectiva: 03/01/2025

Este formulario se actualizó el 04 de febrero de 2025

Puede 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>fosamprenavir calcium</i>	55	GLUCAGON EMERGENCY KIT FOR	63
<i>fosinopril sodium</i>	8	LOW BLOOD SUGAR	
<i>fosinopril sodium/hydrochlorothiazide</i>	6	<i>glucose (dextrose) 50%</i>	59
FOTIVDA	49	<i>glucose (dextrose) 70%</i>	59
FRAGMIN	61	<i>glyburide</i>	62
FRUZAQLA	49	<i>glyburide micronized</i>	62
<i>furosemide</i>	8	<i>glyburide/metformin hydrochloride</i>	62
FUZEON	56	<i>glycopyrrolate</i>	16
<i>fyavolv</i>	19	<i>glydo</i>	37
FYCOMPA	42	GLYXAMBI	62
<i>gabapentin</i>	41	<i>gnp insulin syringe/0.3ml/30g x 5/16"</i>	34
<i>galantamine hydrobromide</i>	3	<i>gnp insulin syringe/0.5ml/30g x 5/16"</i>	34
<i>galantamine hydrobromide er</i>	3	<i>granisetron hydrochloride</i>	44
<i>gallifrey</i>	20	<i>griseofulvin microsize</i>	45
GAMMAGARD LIQUID	24	<i>griseofulvin ultramicrosize</i>	45
GAMMAPLEX	24	<i>guanfacine hydrochloride er</i>	11
GARDASIL 9	26	GVOKE HYPOPEN 1-PACK	63
<i>gatifloxacin</i>	28	GVOKE HYPOPEN 2-PACK	63
<i>gauze pads 2"x2"</i>	34	GVOKE KIT	63
<i>gavilyte-c</i>	16	GVOKE PFS	63
<i>gavilyte-g</i>	16	HAEGARDA	24
<i>gavilyte-n/ flavor pack</i>	16	<i>halobetasol propionate</i>	15
GAVRETO	49	<i>haloette</i>	19
<i>gefitinib</i>	49	<i>haloperidol</i>	54
<i>gemfibrozil</i>	7	<i>haloperidol decanoate</i>	54
GEMTESA	17	<i>haloperidol lactate</i>	54
<i>generlac</i>	16	HAVRIX	26
GENGRAF	25	<i>heather</i>	20
GENOTROPIN	18	<i>heparin sodium</i>	61
GENOTROPIN MINIQUICK	18	<i>heparin sodium/d5w</i>	61
<i>gentak</i>	28	HEPLISAV-B	26
<i>gentamicin sulfate</i>	28	HIBERIX	26
<i>gentamicin sulfate</i>	37	HIZENTRA	24
<i>gentamicin sulfate/0.9% sodium chloride</i>	37	HUMALOG	63
GENVOYA	57	HUMALOG JUNIOR KWIKPEN	63
GILOTRIF	49	HUMALOG KWIKPEN	63
<i>glatiramer acetate</i>	10	HUMALOG MIX 50/50	63
GLEOSTINE	46	HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN	63
<i>glimepiride</i>	62	HUMALOG MIX 75/25	63
<i>glipizide</i>	62	HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN	63
<i>glipizide er</i>	62	HUMIRA	25
<i>glipizide/metformin hydrochloride</i>	62	HUMIRA PEDIATRIC CROHNS	25
GLOPERBA	9	DISEASE STARTER PACK	
GLUCAGEN HYPOKIT	63	HUMIRA PEN	25
GLUCAGON EMERGENCY KIT	63	HUMIRA PEN-CD/UC/HS STARTER	25

ID de formulario: 25502, Versión: 9, Fecha efectiva: 03/01/2025

Este formulario se actualizó el 04 de febrero de 2025

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

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
HUMIRA PEN-PEDIATRIC UC	25	<i>imipenem/cilastatin</i>	40
STARTER PACK		<i>imipramine hcl</i>	43
HUMIRA PEN-PS/UV STARTER	25	<i>imipramine hydrochloride</i>	43
HUMULIN 70/30	64	<i>imiquimod</i>	13
HUMULIN 70/30 KWIKPEN	64	IMKELDI	50
HUMULIN N	64	IMOVAX RABIES (H.D.C.V.)	26
HUMULIN N KWIKPEN	64	IMPAVIDO	38
HUMULIN R	64	IMVEXXY MAINTENANCE PACK	19
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED)	64	IMVEXXY STARTER PACK	19
HUMULIN R U-500 KWIKPEN	64	INCRELEX	18
<i>hydralazine hcl</i>	9	INCRUSE ELLIPTA	33
<i>hydralazine hydrochloride</i>	9	<i>indapamide</i>	8
<i>hydrochlorothiazide</i>	8	<i>indomethacin</i>	36
<i>hydrocodone bitartrate/acetaminophen</i>	35	INFANRIX	26
<i>hydrocodone bitartrate/homatropine</i>	30	INGREZZA	12
<i>methylbromide</i>		INLYTA	50
<i>hydrocodone polistirex/chlorpheniramine</i>	30	INQOVI	50
<i>polistirex</i>		INREBIC	47
<i>hydrocodone/acetaminophen</i>	35	<i>insulin lispro</i>	64
<i>hydrocortisone</i>	9	<i>insulin lispro junior kwikpen</i>	64
<i>hydrocortisone</i>	15	<i>insulin lispro kwikpen</i>	64
<i>hydrocortisone</i>	21	<i>insulin lispro protamine/insulin lispro</i>	64
<i>hydrocortisone butyrate</i>	15	<i>kwikpen</i>	
<i>hydrocortisone sodium succinate</i>	21	INTELENCE	57
<i>hydrocortisone valerate</i>	15	INTRALIPID	34
<i>hydrocortisone/acetic acid</i>	35	<i>introvale</i>	19
<i>hydromorphone hcl</i>	35	INVEGA HAFYERA	54
<i>hydromorphone hcl er</i>	35	INVEGA SUSTENNA	54
<i>hydroxychloroquine sulfate</i>	53	INVEGA TRINZA	54
<i>hydroxyurea</i>	47	IPOL INACTIVATED IPV	26
<i>hydroxyzine hcl</i>	32	<i>ipratropium bromide</i>	33
<i>hydroxyzine hydrochloride</i>	32	<i>ipratropium bromide/albuterol sulfate</i>	31
<i>hydroxyzine pamoate</i>	32	<i>irbesartan</i>	6
IBRANCE	47	<i>irbesartan/hydrochlorothiazide</i>	6
IBRANCE	49	ISENTRESS	57
<i>ibu</i>	36	ISENTRESS HD	57
<i>ibuprofen</i>	36	<i>isoniazid</i>	45
<i>icatibant acetate</i>	24	<i>isosorbide dinitrate</i>	9
<i>iclevia</i>	19	<i>isosorbide mononitrate</i>	9
ICLUSIG	49	<i>isosorbide mononitrate er</i>	9
<i>icosapent ethyl</i>	8	<i>isotonic gentamicin</i>	37
IDHIFA	50	<i>isotretinoin</i>	14
ILEVRO	29	ITOVEBI	47
<i>imatinib mesylate</i>	50	<i>itraconazole</i>	45
IMBRUVICA	50	<i>ivabradine hydrochloride</i>	6

ID de formulario: 25502, Versión: 9, Fecha efectiva: 03/01/2025

Este formulario se actualizó el 04 de febrero de 2025

Puede 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>ivermectin</i>	53	<i>klor-con 8</i>	60
IWILFIN	47	<i>klor-con m10</i>	60
IXCHIQ	26	<i>klor-con m15</i>	60
IXIARO	26	<i>klor-con m20</i>	60
JAKAFI	50	<i>klor-con/ef</i>	60
<i>jantoven</i>	62	KORLYM	22
JANUMET	62	KOSELUGO	50
JANUMET XR	62	<i>kourzeq</i>	13
JANUVIA	62	<i>k-prime</i>	59
JARDIANCE	9	KRAZATI	50
JAYPIRCA	50	KYNMOBI	4
JENTADUETO	63	KYPROLIS	48
JENTADUETO XR	63	<i>labetalol hydrochloride</i>	5
<i>jinteli</i>	19	<i>lacosamide</i>	42
<i>joyeaux</i>	19	<i>lactated ringers</i>	60
JULUCA	57	<i>lactulose</i>	16
<i>junel 1.5/30</i>	19	LAGEVRIO	58
<i>junel 1/20</i>	19	<i>lamivudine</i>	58
<i>junel fe 1.5/30</i>	19	<i>lamivudine</i>	58
<i>junel fe 1/20</i>	19	<i>lamivudine/zidovudine</i>	58
<i>junel fe 24</i>	19	<i>lamotrigine</i>	42
JYLAMVO	25	<i>lamotrigine er</i>	42
JYNNEOS	26	<i>lamotrigine odt</i>	42
KALYDECO	31	<i>lamotrigine starter kit/blue</i>	42
<i>kariva</i>	19	<i>lamotrigine starter kit/green</i>	42
<i>kcl 0.075%/d5w/nacl 0.45%</i>	59	<i>lamotrigine starter kit/orange</i>	42
<i>kcl 0.15%/d5w/nacl 0.2%</i>	59	<i>lanreotide acetate</i>	22
<i>kcl 0.15%/d5w/nacl 0.45%</i>	59	<i>lansoprazole</i>	17
<i>kcl 0.15%/d5w/nacl 0.9%</i>	59	LANTUS	64
<i>kcl 0.3%/d5w/nacl 0.45%</i>	59	LANTUS SOLOSTAR	64
<i>kcl 0.3%/d5w/nacl 0.9%</i>	59	<i>lapatinib ditosylate</i>	50
<i>kelnor 1/35</i>	19	<i>larin 1.5/30</i>	19
<i>kenalog-10</i>	21	<i>larin 1/20</i>	19
KERENDIA	7	<i>larin fe 1.5/30</i>	19
KESIMPTA	10	<i>larin fe 1/20</i>	19
<i>ketoconazole</i>	45	<i>latanoprost</i>	29
<i>ketorolac tromethamine</i>	29	LAZCLUZE	47
KINRIX	26	<i>leflunomide</i>	25
KISQALI	50	<i>lenalidomide</i>	46
KISQALI FEMARA 200 DOSE	47	LENVIMA 10 MG DAILY DOSE	50
KISQALI FEMARA 400 DOSE	47	LENVIMA 12MG DAILY DOSE	50
KISQALI FEMARA 600 DOSE	47	LENVIMA 14 MG DAILY DOSE	50
<i>klayesta</i>	45	LENVIMA 18 MG DAILY DOSE	50
<i>klor-con</i>	60	LENVIMA 20 MG DAILY DOSE	50
<i>klor-con 10</i>	60	LENVIMA 24 MG DAILY DOSE	50

ID de formulario: 25502, Versión: 9, Fecha efectiva: 03/01/2025

Este formulario se actualizó el 04 de febrero de 2025

Puede 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 4 MG DAILY DOSE	50	LIVTENCITY	56
LENVIMA 8 MG DAILY DOSE	50	LOKELMA	58
<i>lessina</i>	19	LONHALA MAGNAIR REFILL KIT	33
<i>letrozole</i>	48	LONHALA MAGNAIR STARTER KIT	33
<i>leucovorin calcium</i>	47	LONSURF	47
LEUKERAN	46	<i>loperamide hcl</i>	15
<i>leuprolide acetate</i>	22	<i>lopinavir/ritonavir</i>	55
<i>levabuterol</i>	33	<i>lorazepam</i>	37
<i>levabuterol hcl</i>	33	<i>lorazepam intensol</i>	37
<i>levabuterol hydrochloride</i>	33	LORBRENA	50
LEVEMIR FLEXTOUCH	64	<i>losartan potassium</i>	6
<i>levetiracetam</i>	42	<i>losartan potassium/hydrochlorothiazide</i>	6
<i>levetiracetam er</i>	42	LOTEMAX	29
<i>levobunolol hcl</i>	27	<i>loteprednol etabonate</i>	29
<i>levocarnitine</i>	34	<i>lovastatin</i>	7
<i>levocetirizine dihydrochloride</i>	32	<i>loxapine</i>	54
<i>levofloxacin</i>	28	<i>lubiprostone</i>	16
<i>levofloxacin</i>	40	LUMAKRAS	50
<i>levofloxacin in d5w</i>	40	LUMIGAN	29
<i>levonest</i>	19	LUPRON DEPOT (1-MONTH)	22
<i>levonorgestrel and ethinyl estradiol</i>	19	LUPRON DEPOT (3-MONTH)	22
<i>levonorgestrel/ethinyl estradiol</i>	19	LUPRON DEPOT (4-MONTH)	22
<i>levora 0.15/30-28</i>	19	LUPRON DEPOT (6-MONTH)	22
<i>levo-t</i>	21	<i>lurasidone hydrochloride</i>	55
<i>levothyroxine sodium</i>	21	LYBALVI	55
<i>levoxyl</i>	21	LYNPARZA	51
LEXIVA	55	LYSODREN	47
<i>l-glutamine</i>	64	LYTGOBI	51
LIBERVANT	41	<i>magnesium sulfate</i>	60
<i>lidocaine</i>	37	<i>malathion</i>	15
<i>lidocaine hcl</i>	37	<i>maraviroc</i>	56
<i>lidocaine hcl jelly</i>	37	<i>marlissa</i>	19
<i>lidocaine hydrochloride</i>	37	MARPLAN	43
<i>lidocaine hydrochloride viscous</i>	13	MATULANE	46
<i>lidocaine viscous</i>	13	<i>matzim la</i>	5
<i>lidocaine/prilocaine</i>	37	MAVYRET	56
LILETTA	20	MAYZENT	10
<i>linezolid</i>	38	MAYZENT STARTER PACK	10
LINZESS	16	<i>meclizine hcl</i>	45
<i>liothyronine sodium</i>	21	<i>medroxyprogesterone acetate</i>	20
<i>lisinopril</i>	8	<i>mefloquine hydrochloride</i>	53
<i>lisinopril/hydrochlorothiazide</i>	6	<i>megestrol acetate</i>	20
<i>lithium</i>	29	MEKINIST	51
<i>lithium carbonate</i>	29	MEKTOVI	51
<i>lithium carbonate er</i>	29	<i>meloxicam</i>	36

ID de formulario: 25502, Versión: 9, Fecha efectiva: 03/01/2025

Este formulario se actualizó el 04 de febrero de 2025

Puede 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>memantine hcl titration pak</i>	3	<i>miconazole 3</i>	45
<i>memantine hydrochloride</i>	3	<i>microgestin 1.5/30</i>	19
<i>memantine hydrochloride er</i>	3	<i>microgestin 1/20</i>	19
<i>memantine/donepezil hydrochloride er</i>	3	<i>microgestin fe 1.5/30</i>	19
MENACTRA	26	<i>microgestin fe 1/20</i>	19
MENQUADFI	26	<i>midodrine hcl</i>	6
MENTAX	15	<i>mifepristone</i>	22
MENVEO	26	<i>miglitol</i>	63
<i>mercaptapurine</i>	47	<i>miglustat</i>	65
<i>meropenem</i>	40	<i>minocycline hcl</i>	40
<i>mesalamine</i>	9	<i>minocycline hydrochloride</i>	41
<i>mesalamine dr</i>	9	<i>minoxidil</i>	9
<i>mesalamine er</i>	9	<i>mirabegron er</i>	17
<i>mesna</i>	48	<i>mirtazapine</i>	43
MESNEX	48	<i>mirtazapine odt</i>	43
<i>metformin hydrochloride</i>	63	<i>misoprostol</i>	17
<i>metformin hydrochloride er</i>	63	M-M-R II	26
<i>methadone hcl</i>	35	<i>modafinil</i>	12
<i>methazolamide</i>	27	<i>moexipril hcl</i>	8
<i>methenamine hippurate</i>	38	<i>molindone hydrochloride</i>	54
<i>methenamine mandelate</i>	38	<i>момetasone furoate</i>	15
<i>methimazole</i>	21	<i>момetasone furoate</i>	33
<i>methotrexate</i>	25	<i>mondoxyne nl</i>	41
<i>methotrexate sodium</i>	25	<i>montelukast sodium</i>	33
<i>methsuximide</i>	41	<i>morphine sulfate</i>	35
<i>methylphenidate hydrochloride</i>	11	<i>morphine sulfate er</i>	35
<i>methylphenidate hydrochloride cd</i>	11	MOUNJARO	63
<i>methylphenidate hydrochloride er</i>	11	MOVANTIK	16
<i>methylphenidate hydrochloride er (la)</i>	11	<i>moxifloxacin hydrochloride/sodium</i>	40
<i>methylprednisolone</i>	21	<i>hydrochloride</i>	
<i>methylprednisolone acetate</i>	21	<i>moxifloxacin hydrochloride</i>	28
<i>methylprednisolone dose pack</i>	21	<i>moxifloxacin hydrochloride</i>	40
<i>metoclopramide hcl</i>	16	MOZOBIL	62
<i>metoclopramide hydrochloride</i>	16	MRESVIA	26
<i>metolazone</i>	8	MULTAQ	7
<i>metoprolol succinate er</i>	5	<i>mupirocin</i>	15
<i>metoprolol tartrate</i>	5	<i>mycophenolate mofetil</i>	25
<i>metoprolol/hydrochlorothiazide</i>	6	<i>mycophenolic acid dr</i>	25
<i>metronidazole</i>	14	MYORISAN	14
<i>metronidazole</i>	38	MYRBETRIQ	17
<i>metronidazole vaginal</i>	38	<i>nabumetone</i>	36
<i>metyrosine</i>	6	<i>nadolol</i>	5
<i>mexiletine hcl</i>	7	<i>nafcillin sodium</i>	39
<i>mibelas 24 fe</i>	19	<i>naftifine hcl</i>	45
<i>micafungin</i>	45	<i>naftifine hydrochloride</i>	45

ID de formulario: 25502, Versión: 9, Fecha efectiva: 03/01/2025

Este formulario se actualizó el 04 de febrero de 2025

Puede 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>naloxone hcl</i>	30	<i>nitroglycerin</i>	9
<i>naloxone hydrochloride</i>	30	<i>nitroglycerin</i>	16
<i>naltrexone hcl</i>	30	<i>nitroglycerin transdermal</i>	9
NAMZARIC	3	NIVA THYROID	21
<i>naproxen</i>	36	<i>norelgestromin/ethinyl estradiol</i>	19
<i>naproxen dr</i>	36	<i>norethindrone acetate</i>	20
<i>naproxen sodium</i>	36	<i>norethindrone acetate/ethinyl estradiol</i>	19
<i>naproxen sodium cr</i>	36	<i>norethindrone acetate/ethinyl estradiol/ferrous fumarate</i>	19
<i>naratriptan hcl</i>	3	<i>nortrel 0.5/35 (28)</i>	20
NATACYN	28	<i>nortrel 1/35</i>	20
<i>nateglinide</i>	63	<i>nortrel 7/7/7</i>	20
NAYZILAM	42	<i>nortriptyline hcl</i>	43
<i>nebivolol hydrochloride</i>	5	<i>nortriptyline hydrochloride</i>	43
<i>necon 0.5/35-28</i>	19	NORVIR	55
<i>nefazodone hydrochloride</i>	44	<i>novolin 70/30</i>	64
<i>neomycin sulfate</i>	37	<i>novolin 70/30 flexpen</i>	64
<i>neomycin/bacitracin/polymyxin</i>	28	<i>novolin n</i>	64
<i>neomycin/polymyxin/bacitracin/hydrocortis one</i>	28	<i>novolin n flexpen</i>	64
<i>neomycin/polymyxin/dexamethasone</i>	28	<i>novolin r</i>	64
<i>neomycin/polymyxin/gramicidin</i>	28	<i>novolin r flexpen</i>	64
<i>neomycin/polymyxin/hc</i>	35	<i>novolog</i>	64
<i>neomycin/polymyxin/hydrocortisone</i>	28	<i>novolog flexpen</i>	64
<i>neomycin/polymyxin/hydrocortisone</i>	35	<i>novolog mix 70/30</i>	64
<i>neo-polycin</i>	28	<i>novolog mix 70/30 prefilled flexpen</i>	64
<i>neo-polycin hc</i>	28	<i>novolog penfill</i>	64
NERLYNX	51	<i>np thyroid 120</i>	21
NEUAC	14	<i>np thyroid 15</i>	21
NEULASTA	62	<i>np thyroid 30</i>	21
NEULASTA ONPRO KIT	62	<i>np thyroid 60</i>	21
<i>nevirapine</i>	57	<i>np thyroid 90</i>	21
<i>nevirapine er</i>	57	NUBEQA	46
NEXPLANON	20	NUEDEXTA	12
<i>niacin er</i>	8	NULOJIX	25
NICOTROL INHALER	29	NUPLAZID	55
NICOTROL NS	29	NURTEC	4
<i>nifedipine er</i>	5	NUTRILIPID	34
<i>nikki</i>	19	NUVESSA	38
<i>nilutamide</i>	46	<i>nyamyc</i>	46
<i>nimodipine</i>	5	<i>nystatin</i>	46
NINLARO	51	<i>nystatin/triamcinolone</i>	13
<i>nitazoxanide</i>	53	<i>nystatin/triamcinolone acetate</i>	13
<i>nitisinone</i>	65	<i>nystop</i>	46
<i>nitrofurantoin macrocrystals</i>	38	OCTAGAM	24
<i>nitrofurantoin monohydrate/macrocrystals</i>	38	<i>octreotide acetate</i>	22

ID de formulario: 25502, Versión: 9, Fecha efectiva: 03/01/2025

Este formulario se actualizó el 04 de febrero de 2025

Puede 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
ODEFSEY	58	OPIPZA	55
ODOMZO	51	<i>opium</i>	16
OFEV	31	<i>opium tincture</i>	16
<i>ofloxacin</i>	28	OPSUMIT	32
<i>ofloxacin</i>	35	OPVEE	30
OGSIVEO	47	<i>oralone dental paste</i>	13
OJEMDA	48	ORENCIA	23
OJJAARA	51	ORENCIA CLICKJECT	22
<i>olanzapine</i>	55	ORENITRAM	32
<i>olanzapine odt</i>	55	ORENITRAM TITRATION KIT MONTH	32
<i>olmesartan medoxomil</i>	6	1	
<i>olmesartan</i>	6	ORENITRAM TITRATION KIT MONTH	32
<i>medoxomil/amlodipine/hydrochlorothiazide</i>		2	
<i>olmesartan medoxomil/hydrochlorothiazide</i>	6	ORENITRAM TITRATION KIT MONTH	32
<i>olopatadine hcl</i>	27	3	
<i>olopatadine hydrochloride</i>	27	ORGOVYX	22
<i>omega-3-acid ethyl esters</i>	8	ORKAMBI	31
<i>omeprazole</i>	17	ORSERDU	47
<i>omeprazole dr</i>	17	<i>oseltamivir phosphate</i>	56
OMNIPOD 5 DEXCOM G7G6 INTRO KIT	34	OSMOPREP	16
(GEN 5)		OSPHERA	18
OMNIPOD 5 DEXCOM G7G6 PODS	34	OTEZLA	13
(GEN 5)		OTEZLA	23
OMNIPOD 5 G7 INTRO KIT (GEN 5)	34	<i>oxacillin sodium</i>	39
OMNIPOD 5 G7 PODS (GEN 5)	34	<i>oxaprozin</i>	36
OMNIPOD 5 LIBRE2 PLUS G6	34	<i>oxazepam</i>	37
OMNIPOD 5 LIBRE2 PLUS G6 PODS	34	<i>oxcarbazepine</i>	42
OMNIPOD CLASSIC PDM STARTER	34	<i>oxybutynin chloride</i>	17
KIT (GEN 3)		<i>oxybutynin chloride er</i>	17
OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3)	34	<i>oxycodone hydrochloride</i>	36
OMNIPOD DASH INTRO KIT (GEN 4)	34	<i>oxycodone/acetaminophen</i>	36
OMNIPOD DASH PDM KIT (GEN 4)	34	OZEMPIC	63
OMNIPOD DASH PODS (GEN 4)	34	<i>paclitaxel</i>	48
OMNIPOD GO 10 UNITS/DAY	34	<i>paliperidone er</i>	55
OMNIPOD GO 15 UNITS/DAY	34	PANRETIN	53
OMNIPOD GO 20 UNITS/DAY	34	<i>pantoprazole sodium</i>	17
OMNIPOD GO 25 UNITS/DAY	34	<i>paricalcitol</i>	10
OMNIPOD GO 30 UNITS/DAY	34	<i>paroxetine hcl</i>	44
OMNIPOD GO 35 UNITS/DAY	34	<i>paroxetine hydrochloride</i>	44
OMNIPOD GO 40 UNITS/DAY	34	PAXLOVID	58
<i>ondansetron hcl</i>	44	<i>pazopanib hydrochloride</i>	51
<i>ondansetron hydrochloride</i>	44	PEDIARIX	26
<i>ondansetron odt</i>	44	PEDVAX HIB	26
ONUREG	48	<i>peg-3350/electrolytes</i>	16
OPDIVO	47	<i>peg-3350/electrolytes/ascorbate</i>	16

ID de formulario: 25502, Versión: 9, Fecha efectiva: 03/01/2025

Este formulario se actualizó el 04 de febrero de 2025

Puede 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>peg-3350/nacl/na bicarbonate/kcl</i>	16	PLEGRIDY STARTER PACK	10
<i>peg-3350/sodium sulf/naclpotassium cl/na ascorbate/ascorbic</i>	16	PLENAMINE	60
PEGASYS	24	<i>plerixafor</i>	62
PEGASYS	25	<i>podofilox</i>	13
PEMAZYRE	51	<i>polycin</i>	28
PENBRAYA	26	<i>polymyxin b sulfate/trimethoprim sulfate</i>	28
<i>penicillamine</i>	58	POMALYST	46
<i>penicillin g potassium</i>	39	<i>portia-28</i>	20
<i>penicillin g potassium in iso-osmotic dextrose</i>	39	<i>posaconazole</i>	46
<i>penicillin g sodium</i>	39	<i>posaconazole dr</i>	46
<i>penicillin v potassium</i>	39	<i>potassium chloride</i>	60
PENTACEL	26	<i>potassium chloride er</i>	60
<i>pentamidine isethionate</i>	53	<i>potassium chloride/dextrose/sodium chloride</i>	60
<i>pentoxifylline er</i>	6	<i>potassium citrate er</i>	60
<i>perindopril erbumine</i>	8	PRALUENT	8
<i>periogard</i>	13	<i>pramipexole dihydrochloride</i>	4
<i>permethrin</i>	15	<i>prasugrel hydrochloride</i>	61
<i>perphenazine</i>	54	<i>pravastatin sodium</i>	7
PERSERIS	55	<i>praziquantel</i>	53
<i>phenelzine sulfate</i>	43	<i>prazosin hydrochloride</i>	4
<i>phenobarbital</i>	41	<i>prednicarbate</i>	15
<i>phenytek</i>	42	<i>prednisolone</i>	21
<i>phenytoin</i>	42	<i>prednisolone acetate</i>	29
<i>phenytoin sodium extended</i>	42	<i>prednisolone sodium phosphate</i>	21
PHOSPHOLINE IODIDE	27	<i>prednisolone sodium phosphate</i>	29
PIFELTRO	57	<i>prednisone</i>	21
<i>pilocarpine hcl</i>	27	<i>pregabalin</i>	41
<i>pilocarpine hydrochloride</i>	13	PREHEVBRIO	26
<i>pimecrolimus</i>	15	PREMARIN	20
<i>pimozide</i>	54	PREMASOL	60
<i>pindolol</i>	5	<i>premium lidocaine</i>	37
<i>pioglitazone hcl</i>	63	PREMPHASE	20
<i>pioglitazone hcl/metformin hcl</i>	63	<i>prenatal</i>	61
<i>pioglitazone hcl-glimepiride</i>	63	<i>prevalite</i>	8
<i>pioglitazone hydrochloride</i>	63	PREVYMIS	56
<i>piperacillin sodium/tazobactam sodium</i>	39	PREZCOBIX	55
PIQRAY 200MG DAILY DOSE	51	PREZISTA	56
PIQRAY 250MG DAILY DOSE	51	PRIFTIN	45
PIQRAY 300MG DAILY DOSE	51	<i>primaquine phosphate</i>	53
<i>pirfenidone</i>	31	<i>primidone</i>	41
<i>piroxicam</i>	36	PRIORIX	26
<i>pitavastatin calcium</i>	7	PRIVIGEN	24
PLEGRIDY	10	PROAIR RESPICLICK	33
		<i>probenecid</i>	9

ID de formulario: 25502, Versión: 9, Fecha efectiva: 03/01/2025

Este formulario se actualizó el 04 de febrero de 2025

Puede 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>probenecid/colchicine</i>	9	<i>quinidine gluconate cr</i>	7
<i>prochlorperazine</i>	45	<i>quinidine sulfate</i>	7
<i>prochlorperazine edisylate</i>	45	<i>quinine sulfate</i>	53
<i>prochlorperazine maleate</i>	45	QVAR REDIHALER	33
PROCRIT	62	RABAVERT	26
PROCTOFOAM HC	13	<i>rabeprazole sodium</i>	17
<i>procto-med hc</i>	9	RADICAVA ORS	12
<i>proctosol hc</i>	9	RADICAVA ORS STARTER KIT	12
<i>proctozone-hc</i>	9	<i>raloxifene hydrochloride</i>	18
<i>progesterone</i>	20	<i>ramelteon</i>	12
PROGRAF	25	<i>ramipril</i>	8
PROLASTIN-C	65	<i>ranolazine er</i>	6
PROLENSA	29	<i>rasagiline mesylate</i>	4
PROLIA	10	RAYALDEE	10
PROMACTA	62	REBIF	10
<i>promethazine hcl</i>	45	REBIF REBIDOSE	10
<i>promethazine hydrochloride</i>	45	REBIF REBIDOSE TITRATION PACK	11
<i>promethazine hydrochloride plain</i>	45	REBIF TITRATION PACK	11
<i>promethazine vc/codeine</i>	31	RECOMBIVAX HB	26
<i>promethazine/codeine</i>	31	RECTIV	16
<i>promethazine/phenylephrine/codeine</i>	31	RELENZA DISKHALER	56
<i>propafenone hcl</i>	7	<i>repaglinide</i>	63
<i>propafenone hydrochloride</i>	7	REPATHA	8
<i>propafenone hydrochloride er</i>	7	REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM	8
<i>propranolol hcl</i>	5	REPATHA SURECLICK	8
<i>propranolol hcl er</i>	5	RESTASIS	28
<i>propranolol hydrochloride</i>	5	RESTASIS MULTIDOSE	28
<i>propranolol hydrochloride er</i>	5	RETACRIT	62
<i>propylthiouracil</i>	21	RETEVMO	51
PROQUAD	26	REVCOVI	65
PROSOL	60	REVLIMID	46
<i>protriptyline hcl</i>	43	REVUFORJ	48
PULMOZYME	31	REXULTI	55
PURIXAN	47	REYATAZ	56
<i>pyrazinamide</i>	45	REZLIDHIA	51
<i>pyridostigmine bromide</i>	4	REZUROCK	25
<i>pyridostigmine bromide er</i>	4	RHOPRESSA	28
<i>pyrimethamine</i>	53	<i>ribavirin</i>	56
PYRUKYND	65	<i>rifabutin</i>	45
PYRUKYND TAPER PACK	65	<i>rifampin</i>	45
QINLOCK	51	<i>riluzole</i>	12
QUADRACEL	26	<i>rimantadine hydrochloride</i>	56
<i>quetiapine fumarate</i>	55	RINVOQ	23
<i>quinapril hydrochloride</i>	8	RINVOQ LQ	23
<i>quinapril/hydrochlorothiazide</i>	6	<i>risedronate sodium</i>	10

ID de formulario: 25502, Versión: 9, Fecha efectiva: 03/01/2025

Este formulario se actualizó el 04 de febrero de 2025

Puede 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>risedronate sodium dr</i>	10	<i>sharobel</i>	20
RISPERDAL CONSTA	55	SHINGRIX	27
<i>risperidone</i>	55	SIGNIFOR	22
<i>risperidone er</i>	55	<i>sildenafil</i>	17
<i>risperidone odt</i>	55	<i>sildenafil citrate</i>	17
<i>ritonavir</i>	56	<i>sildenafil citrate</i>	32
<i>rivastigmine tartrate</i>	3	<i>silver sulfadiazine</i>	13
<i>rivastigmine transdermal system</i>	3	SIMBRINZA	28
<i>rizatriptan benzoate</i>	3	<i>simvastatin</i>	7
<i>rizatriptan benzoate odt</i>	3	<i>sirolimus</i>	25
ROCKLATAN	28	SIRTURO	45
<i>roflumilast</i>	33	SKYRIZI	23
<i>ropinirole er</i>	4	SKYRIZI PEN	23
<i>ropinirole hcl</i>	4	<i>sodium chloride</i>	60
<i>ropinirole hydrochloride</i>	4	<i>sodium chloride 0.45%</i>	60
<i>rosadan</i>	14	<i>sodium chloride 0.9%</i>	34
<i>rosuvastatin calcium</i>	7	<i>sodium fluoride</i>	13
ROTARIX	26	<i>sodium fluoride 5000 plus</i>	13
ROTATEQ	26	<i>sodium fluoride 5000 ppm</i>	13
<i>roweepra</i>	43	<i>sodium oxybate</i>	12
ROZLYTREK	51	<i>sodium phenylbutyrate</i>	65
RUBRACA	51	<i>sodium polystyrene sulfonate</i>	58
<i>rufinamide</i>	42	<i>sodium sulfate/potassium sulfate/magnesium sulfate</i>	16
RUKOBIA	56	<i>sofosbuvir/velpatasvir</i>	56
RYBELSUS	63	<i>solifenacin succinate</i>	17
RYDAPT	51	SOLTAMOX	47
<i>salsalate</i>	36	SOLU-CORTEF	21
SANTYL	13	SOMATULINE DEPOT	22
<i>sapropterin dihydrochloride</i>	65	SOMAVERT	22
SAVELLA	11	<i>sorafenib</i>	52
SAVELLA TITRATION PACK	11	<i>sorafenib tosylate</i>	52
<i>saxagliptin hydrochloride</i>	63	<i>sorine</i>	7
<i>saxagliptin hydrochloride/metformin hydrochloride er</i>	63	<i>sotalol hcl</i>	7
SCSEMBLIX	51	<i>sotalol hydrochloride (af)</i>	7
<i>scopolamine</i>	45	SPIRIVA RESPIMAT	33
SECUADO	55	<i>spironolactone</i>	7
<i>selegiline hcl</i>	4	<i>spironolactone/hydrochlorothiazide</i>	6
<i>selenium sulfide</i>	15	SPRITAM	43
SELZENTRY	56	SPRYCEL	52
SEREVENT DISKUS	33	<i>sps</i>	58
<i>sertraline hcl</i>	44	<i>ssd</i>	13
<i>sertraline hydrochloride</i>	44	STAMARIL	27
<i>sevelamer carbonate sf 5000 plus</i>	59	STELARA	23
	13	<i>sterile water for irrigation</i>	34

ID de formulario: 25502, Versión: 9, Fecha efectiva: 03/01/2025

Este formulario se actualizó el 04 de febrero de 2025

Puede 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
STIOLTO RESPIMAT	31	<i>tamoxifen citrate</i>	47
STIVARGA	52	<i>tamsulosin hydrochloride</i>	17
<i>streptomycin sulfate</i>	37	<i>tarina fe 1/20 eq</i>	20
STRIBILD	57	TASIGNA	52
STRIVERDI RESPIMAT	33	<i>tasimelteon</i>	12
<i>subvenite</i>	43	TAVNEOS	23
<i>subvenite starter kit/blue</i>	43	<i>taysofy</i>	20
<i>subvenite starter kit/green</i>	43	<i>tazarotene</i>	14
<i>subvenite starter kit/orange</i>	43	<i>tazicef</i>	39
SUCRAID	65	<i>taztia xt</i>	5
<i>sucralfate</i>	17	TAZVERIK	52
<i>sulfacetamide sodium</i>	28	TDVAX	27
<i>sulfacetamide sodium</i>	40	<i>techlite insulin syringe u-100/0.5ml/30g x</i>	34
<i>sulfacetamide sodium/prednisolone sodium</i>	28	<i>1/2"</i>	
<i>phosphate</i>		TEFLARO	39
<i>sulfadiazine</i>	40	TEKTURN HCT	6
<i>sulfamethoxazole/trimethoprim</i>	40	<i>telmisartan</i>	6
<i>sulfamethoxazole/trimethoprim ds</i>	40	<i>telmisartan/amlodipine</i>	6
SULFAMYLON	15	<i>telmisartan/hydrochlorothiazide</i>	6
<i>sulfasalazine</i>	9	<i>temazepam</i>	12
<i>sulindac</i>	36	TENIVAC	27
<i>sumatriptan</i>	3	<i>tenofovir disoproxil fumarate</i>	58
<i>sumatriptan succinate</i>	3	TEPMETKO	52
<i>sumatriptan succinate refill</i>	3	<i>terazosin hcl</i>	17
<i>sunitinib malate</i>	52	<i>terazosin hydrochloride</i>	17
SUNLENCA	56	<i>terbinafine hcl</i>	46
SYMLINPEN 120	63	<i>terconazole</i>	46
SYMLINPEN 60	63	<i>teriflunomide</i>	11
SYMPAZAN	41	<i>teriparatide</i>	10
SYMTUZA	56	<i>testosterone</i>	18
SYNAREL	22	<i>testosterone cypionate</i>	18
SYNJARDY	63	<i>testosterone enanthate</i>	18
SYNJARDY XR	63	<i>testosterone pump</i>	18
SYNRIBO	48	<i>tetrabenazine</i>	12
SYNTHROID	21	<i>tetracycline hydrochloride</i>	41
TABLOID	47	THALOMID	46
TABRECTA	52	<i>theophylline</i>	33
<i>tacrolimus</i>	15	<i>theophylline er</i>	33
<i>tacrolimus</i>	25	<i>thioridazine hcl</i>	54
<i>tadalafil</i>	17	<i>thiothixene</i>	54
<i>tadalafil</i>	32	THYROID	21
TAFINLAR	52	<i>tiadylt er</i>	5
<i>tafluprost</i>	29	<i>tiagabine hydrochloride</i>	41
TAGRISO	52	TIBSOVO	52
TALZENNA	52	TICOVAC	27

ID de formulario: 25502, Versión: 9, Fecha efectiva: 03/01/2025

Este formulario se actualizó el 04 de febrero de 2025

Puede 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>tigecycline</i>	38	<i>triamcinolone acetonide dental paste</i>	13
<i>timolol hemihydrate</i>	27	<i>triamterene</i>	8
<i>timolol maleate</i>	4	<i>triamterene/hydrochlorothiazide</i>	6
<i>timolol maleate</i>	27	<i>triazolam</i>	12
<i>timolol maleate ophthalmic gel forming</i>	27	<i>trientine hydrochloride</i>	58
<i>tinidazole</i>	38	<i>trifluoperazine hcl</i>	54
<i>tiopronin dr</i>	17	<i>trifluoperazine hydrochloride</i>	54
TIVICAY	57	<i>trifluridine</i>	29
TIVICAY PD	57	<i>trihexyphenidyl hcl</i>	4
<i>tizanidine hcl</i>	3	<i>trihexyphenidyl hydrochloride</i>	4
<i>tizanidine hydrochloride</i>	3	<i>trimethoprim</i>	38
TOBI PODHALER	31	<i>trimipramine maleate</i>	43
TOBRADEX ST	28	TRINTELLIX	44
<i>tobramycin</i>	29	<i>tri-sprintec</i>	20
<i>tobramycin sulfate</i>	37	TRITOCIN	15
<i>tobramycin/dexamethasone</i>	28	TRIUMEQ	58
<i>tolterodine tartrate</i>	17	TRIUMEQ PD	58
<i>tolterodine tartrate er</i>	17	<i>trivora-28</i>	20
<i>topiramate</i>	43	TRIZIVIR	58
<i>toremifene citrate</i>	47	TROPHAMINE	61
<i>torse mide</i>	8	<i>trospium chloride</i>	17
TOUJEO MAX SOLOSTAR	64	<i>trueplus insulin syringe /u-100/1ml/29g x</i>	34
TOUJEO SOLOSTAR	64	<i>1/2"</i>	
TRACLEER	32	<i>trueplus pen needles 29gx12mm</i>	34
TRADJENTA	63	TRULICITY	63
<i>tramadol hydrochloride</i>	36	TRUMENBA	27
<i>tramadol hydrochloride er</i>	35	TRUQAP	52
<i>tramadol hydrochloride/acetaminophen</i>	36	TRUSELTIQ	48
<i>trandolapril</i>	8	TUKYSA	52
<i>trandolapril/verapamil hcl er</i>	6	TURALIO	52
<i>tranexamic acid</i>	61	<i>turqoz</i>	20
<i>tranlycypromine sulfate</i>	43	TWINRIX	27
TRAVASOL	60	TYBOST	56
<i>travoprost</i>	29	TYPHIM VI	27
<i>trazodone hydrochloride</i>	44	TYRVAYA	29
TRECTOR	45	UBRELVY	4
TRELEGY ELLIPTA	31	UDENYCA	62
TRESIBA	64	UDENYCA ONBODY	62
TRESIBA FLEXTOUCH	64	<i>unithroid</i>	21
<i>tretinoin</i>	14	<i>ursodiol</i>	16
<i>tretinoin</i>	53	<i>valacyclovir hydrochloride</i>	57
<i>tretinoin microsphere</i>	14	VALCHLOR	46
TREXALL	25	<i>valganciclovir</i>	56
<i>triamcinolone acetonide</i>	15	<i>valganciclovir hydrochloride</i>	56
<i>triamcinolone acetonide</i>	21	<i>valproic acid</i>	43

ID de formulario: 25502, Versión: 9, Fecha efectiva: 03/01/2025

Este formulario se actualizó el 04 de febrero de 2025

Puede 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>valsartan</i>	7	VITRAKVI	52
<i>valsartan/hydrochlorothiazide</i>	6	VIVITROL	30
VALTOCO 10 MG DOSE	41	VIZIMPRO	52
VALTOCO 15 MG DOSE	41	VONJO	48
VALTOCO 20 MG DOSE	41	VORANIGO	48
VALTOCO 5 MG DOSE	41	<i>voriconazole</i>	46
<i>vancomycin</i>	38	VOSEVI	56
<i>vancomycin hcl</i>	38	VOWST	16
<i>vancomycin hydrochloride</i>	38	VRAYLAR	55
VANFLYTA	52	VUMERITY	11
VAQTA	27	<i>vyfemla</i>	20
<i>ardenafil hydrochloride</i>	17	VYZULTA	29
<i>ardenafil hydrochloride odt</i>	17	<i>warfarin sodium</i>	62
<i>varenicline starting month</i>	29	WELIREG	65
<i>varenicline tartrate</i>	29	<i>wixela inhub</i>	31
VARIVAX	27	XALKORI	53
VAXCHORA	27	XARELTO	62
<i>velivet</i>	20	XARELTO STARTER PACK	62
VELPHORO	59	XATMEP	26
VEMLIDY	58	XCOPRI	42
VENCLEXTA	52	XDEMZY	29
VENCLEXTA STARTING PACK	52	XELJANZ	23
<i>venlafaxine hcl er</i>	44	XELJANZ XR	23
<i>venlafaxine hydrochloride</i>	44	XERMELO	16
<i>venlafaxine hydrochloride er</i>	44	XGEVA	10
VENTAVIS	32	XIFAXAN	16
VEOZAH	12	XIGDUO XR	63
<i>verapamil hcl</i>	5	XIIDRA	28
<i>verapamil hcl er</i>	5	XOFLUZA	56
<i>verapamil hcl sr</i>	5	XOLAIR	23
<i>verapamil hydrochloride</i>	5	XOSPATA	53
<i>verapamil hydrochloride er</i>	5	XPOVIO	53
VERQUVO	9	XPOVIO 60 MG TWICE WEEKLY	53
VERSACLOZ	54	XPOVIO 80 MG TWICE WEEKLY	53
VERZENIO	52	XTANDI	46
VIBRAMYCIN	41	<i>xulane</i>	20
<i>vigabatrin</i>	41	<i>yargesa</i>	65
<i>vigadrone</i>	41	YERVOY	47
VIGAFYDE	41	YF-VAX	27
<i>vigpoder</i>	42	<i>yuvafem</i>	20
VIIBRYD STARTER PACK	44	<i>zafemy</i>	20
<i>vilazodone hydrochloride</i>	44	<i>zafirlukast</i>	33
VIRACEPT	56	<i>zaleplon</i>	12
VIREAD	58	ZARXIO	62
<i>vitamin d</i>	61	ZEJULA	53

ID de formulario: 25502, Versión: 9, Fecha efectiva: 03/01/2025

Este formulario se actualizó el 04 de febrero de 2025

Puede 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
ZELBORAF	53
ZENATANE	14
ZENPEP	65
ZEPOSIA	11
ZEPOSIA 7-DAY STARTER PACK	11
ZEPOSIA STARTER KIT	11
<i>zidovudine</i>	58
<i>ziprasidone hcl</i>	55
<i>ziprasidone mesylate</i>	55
ZIRGAN	29
<i>zoledronic acid</i>	10
ZOLINZA	48
<i>zolpidem tartrate</i>	13
ZONISADE	42
<i>zonisamide</i>	42
ZOSYN	39
<i>zovia 1/35</i>	20
ZTALMY	42
ZURZUVAE	43
ZYDELIG	53
ZYKADIA	53
ZYPREXA RELPREVV	55

ID de formulario: 25502, Versión: 9, Fecha efectiva: 03/01/2025
Este formulario se actualizó el 04 de febrero de 2025

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

a Point32Health company

Multi-language Interpreter Services

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Y0065_2023_138_C_SPA



Este formulario se actualizó el 04 de febrero de 2025. Para obtener información más reciente o hacer otras preguntas, comuníquese con Servicios para Miembros de Tufts Medicare Preferred HMO al **1-800-701-9000** (los usuarios de TTY deben llamar al 711), de 8 a.m. a 8 p.m., 7 días a la semana desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo y de lunes a viernes, desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, o visite **www.thpmp.org**.



1 Wellness Way
Canton, MA 02021

Tufts Health Plan cumple con las leyes federales vigentes sobre derechos civiles y no discrimina por motivos de raza, color, origen étnico, edad, discapacidad o sexo (incluso embarazo, orientación sexual e identidad de género).

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-855-670-5934 (TTY:711).