



a **Point32Health** company

Tufts Health Plan Senior Care Options (HMO-SNP)

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

Lista de Medicamentos Cubiertos (lista de medicamentos o formulario) 2025

Tufts Health Plan Senior Care Options

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

25503 Versión 8

Este formulario se actualizó el 02 de enero de 2025.

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

H8330_2025_6_C_SPA

Tufts Health Plan Senior Care Options (HMO-SNP) Tufts Health Plan Senior Care Options CW (HMO-SNP) *Lista de Medicamentos Cubiertos* (lista de medicamentos o formulario) 2025

Introducción

Este documento se llama *Lista de Medicamentos Cubiertos* (que también se conoce como Lista de Medicamentos). Indica qué medicamentos recetados están cubiertos por Tufts Health Plan Senior Care Options. La Lista de Medicamentos también indica si hay reglas especiales o restricciones en los medicamentos cubiertos por Tufts Health Plan Senior Care Options. Los términos clave y sus definiciones aparecen en el último capítulo de la *Evidencia de Cobertura*.

Contenidos

A. Avisos legales.....	iv
B. Preguntas frecuentes (FAQ por sus siglas en inglés).....	viii
B1. ¿Qué medicamentos recetados figuran en la <i>Lista de Medicamentos Cubiertos</i> ? (Abreviaamos la <i>Lista de Medicamentos Cubiertos</i> como la “Lista de Medicamentos”).....	viii
B2. ¿Cambia alguna vez la Lista de Medicamentos?	ix
B3. ¿Qué sucede si hay un cambio en la Lista de Medicamentos?.....	x
B4. ¿Hay restricciones o límites en la cobertura de medicamentos o se deben tomar medidas para obtener determinados medicamentos?	xi
B5. ¿Cómo sabré si el medicamento que quiero tiene límites o si hay medidas que debo tomar para recibirlo?	xii
B6. ¿Qué sucede si Tufts Health Plan Senior Care Options cambia sus reglas sobre cómo cubre algunos medicamentos (por ejemplo, restricciones de autorización previa, cantidad límite o terapia escalonada)?	xii
B7. ¿Cómo puedo encontrar un medicamento en la lista?.....	xii
B8. ¿Qué sucede si el medicamento que quiero tomar no está en la lista?.....	xii
B9. ¿Qué pasa si soy un miembro nuevo de Tufts Health Plan Senior Care Options y no puedo encontrar mi medicamento en la Lista de Medicamentos o tengo un problema para conseguirlo? ..	xiii
B10. ¿Puedo solicitar una excepción para que se cubra mi medicamento?	xiv
B11. ¿Cómo puedo solicitar una excepción?.....	xiv
B12. ¿Cuánto se tarda en conseguir una excepción?.....	xiv
B13. ¿Qué son los medicamentos genéricos?	xiv
B14. ¿Qué son los productos biológicos originales y cómo se relacionan con los biosimilares?	xiv
B15. ¿Qué son los medicamentos OTC?.....	xv
B16. ¿Tufts Health Plan Senior Care Options cubre los productos OTC que no son medicamentos?.....	xv
B17. ¿Tufts Health Plan Senior Care Options cubre suministros prolongados de medicamentos de venta con receta?	xv
B18. ¿La farmacia de mi localidad puede enviar a mi casa los productos de mi receta?	xvi
B19. ¿Cuál es mi copago?.....	xvi
C. Descripción general de la <i>Lista de Medicamentos Cubiertos</i>	xvii
C1. Lista de medicamentos por tipo de medicamento	xvii
C2. Cobertura adicional.....	xix
D. Índice de Medicamentos Cubiertos.....	63

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



A. Avisos legales

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

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

Servicios de intérprete en varios idiomas

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

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

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

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

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

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

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

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

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



Korean: 번역 서비스가 필요하신 분들에게 건강 플랜 또는 약품 플랜에 대한 문의에 답변을 드리기 위해 무료 통역 서비스를 제공합니다. 또한 한국어, 점자, 큰 활자 또는 기타 대체 형식으로 정보를 제공할 수 있습니다. 1-855-670-5934 번으로 전화해 주십시오. 한국어를 구사하는 사람이 도와드릴 수 있습니다. 통역은 무료 서비스입니다.

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

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

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

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

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

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

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

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

Khmer: ເພິ່ນມາສເສກັກມູກບຸກບໂປຼຊາລ່ມາຄ່ເຂາຍສັກສິຕໂຊຼສໂຮມບໂຮມ
ໂຊລໂຮມກາກເສກັກມູກບໂປຼ ເຂີ່ມື່ນຮູ້ຍສໍາຊາກມູກບໂຮມໂຊລໂຮມກາກມາສ
ອາກັອນສິ່ງສໂຮມສຸຂກາຕ ມູຊິສຸຮບສເພິ່ນ. ເພິ່ນກໍ່ກາດຊຸລ່ຊຸສມູກບຸກບໂປຼ
ໂຊຼ ມກູກບໂຮມບໂຮມຕິກາກໂຊຼ ມກູກບຸກບໂຮມ ມູຊາອໂຮມສໂຮມເຊິ່ງກາດຊຸສໂຮມ
ໂຊຼສໂຮມເກຼກອຸກບໂຮມເພິ່ນຄາມເລຂ 1-855-670-5934 . ມູກບໂຮມນິພາຍກາສ ໂຊຼ
ກາດຊຸສມູກບໂຮມ. ສະເລກເສກັກມູກບໂຮມສິຕໂຊຼສໂຮມເຊິ່ງເຮ.

Laotian: ພວກເຮົາມີການບໍລິການນາຍພາສາພຣີທີ່ມີໃຫ້ສໍາລັບຜູ້ທີ່ຕ້ອງການການບໍລິການການແປພາ
ສາ ເພື່ອຕອບຄໍາຖາມທີ່ທ່ານອາດຈະມີກ່ຽວກັບສຸຂະພາບ ຫຼື ແຜນການຢາຂອງພວກເຮົາ. ພວກເຮົາ
ຍັງສາມາດໃຫ້ທ່ານເບິ່ງຂໍ້ມູນໃນພາສາລາວ, ຕົວໜັງສືພູນ, ການພິມຂະໜາດໃຫຍ່ ຫຼື ຮູບແບບອື່ນໆ.
ພຽງແຕ່ໂທຫາພວກເຮົາທີ່ 1-855-670-5934. ຄົນທີ່ເວົ້າພາສາລາວ ສາມາດຊ່ວຍທ່ານໄດ້.
ນີ້ແມ່ນການບໍລິການພຣີ.



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

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

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

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

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

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

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

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

B2. ¿Cambia alguna vez la Lista de Medicamentos?

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

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

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

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

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

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

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

- Puede consultar en cualquier momento la versión más actualizada de la Lista de Medicamentos de Tufts Health Plan Senior Care Options en línea en www.thmp.org/sco-member. Las actualizaciones a la Lista de Medicamentos se publican mensualmente en el sitio web.
- También puede llamar a Servicios para Miembros al número que aparece en el pie de página de este documento para consultar la Lista de Medicamentos actual.

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



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

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

- **Sustituciones de ciertas versiones nuevas de medicamentos.** Es posible que retiremos de inmediato medicamentos de la Lista si los reemplazamos con ciertas versiones nuevas de los mismos, pero el costo de los nuevos medicamentos seguirá siendo de \$0 con las mismas o menos restricciones. Cuando agreguemos la nueva versión de un medicamento, también podemos decidir mantener el medicamento de marca o el producto biológico original en la lista, pero cambiar sus reglas o límites de cobertura.
 - Tal vez no le avisemos antes de hacer este cambio, pero le enviaremos información sobre el cambio específico que hagamos una vez que esto suceda.
 - Podemos hacer estos cambios solo si el medicamento que estamos agregando:
 - es una versión genérica nueva de un medicamento de marca, o
 - se trata de cierta versión nueva biosimilar de los productos biológicos originales de la Lista de Medicamentos (por ejemplo, al agregar una versión biosimilar intercambiable que se puede sustituir por un producto biológico original sin una receta nueva).
 - Es posible que desconozca algunos de estos tipos de medicamento. Para obtener más información, consulte la Sección B14.
 - Usted o su proveedor pueden solicitar una excepción de estos cambios. Le enviaremos una notificación con los pasos que puede tomar para solicitar una excepción. Consulte las preguntas de la B10 a la B12 para obtener más información sobre las excepciones.
- **Se retiró un medicamento del mercado.** Si la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA por sus siglas en inglés) indica que un medicamento que usted está tomando no es seguro ni efectivo o el fabricante lo retira del mercado, es posible que lo retiremos de la Lista de Medicamentos de inmediato. Si usted está tomando ese medicamento, le enviaremos un aviso. Luego puede conversar con su médico u otro prescriptor. Ellos pueden ayudarlo a decidir si hay un medicamento similar en la Lista de Medicamentos que usted pueda tomar.

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

- La FDA entrega nuevas pautas o si hay nuevas pautas clínicas con respecto a un medicamento;
- Eliminamos un medicamento de marca de la Lista de Medicamentos al agregar un medicamento genérico que ya no es nuevo en el mercado, o
 - Eliminamos un producto biológico original al agregar un biosimilar, o
 - Cambiamos las reglas o los límites de la cobertura del medicamento de marca.

Cuando estos cambios ocurran, haremos lo siguiente:

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

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

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

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

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

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

Puede obtener información sobre si su medicamento tiene requisitos o límites adicionales en las tablas que se encuentran al inicio de la Sección C. También puede obtener más información en nuestro sitio web www.thmp.org/sco-member. Publicamos en línea un documento que explica nuestras restricciones de autorización previa y terapia escalonada. También puede solicitar que le enviemos una copia.

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

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



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

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

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

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

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

Hay dos formas de encontrar un medicamento:

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

Para buscar **alfabéticamente**, ubique su medicamento en la sección Índice de Medicamentos Cubiertos. Puede encontrarlo en la Sección D. El Índice de Medicamentos Cubiertos es una lista alfabética de todos los medicamentos que se incluyen en la Lista de Medicamentos. En el índice aparecen los medicamentos de marca y los genéricos.

Para buscar por **tipo de medicamento**, busque la sección titulada “Lista de Medicamentos por tipo de medicamento” en la Sección C. Los medicamentos en esta sección se agrupan en categorías por tipo. Por ejemplo, si está tomando un medicamento para las jaquecas, debe buscar en la categoría “Antijaquecosos”. Ahí es donde encontrará los medicamentos que tratan las jaquecas.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

B11. ¿Cómo puedo solicitar una excepción?

Para solicitar una excepción, llame a Servicios para Miembros. Un representante de Servicios para Miembros trabajará con usted y su proveedor para ayudarle a solicitar una excepción. También puede leer el Capítulo 8, Sección 7 de la *Evidencia de Cobertura* para obtener más información sobre las excepciones.

B12. ¿Cuánto se tarda en conseguir una excepción?

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

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

B13. ¿Qué son los medicamentos genéricos?

Los medicamentos genéricos están compuestos por los mismos ingredientes activos que los medicamentos de marca. Habitualmente cuestan menos que los medicamentos de marca y funcionan tan bien como estos. Normalmente no tienen nombres conocidos. Los medicamentos genéricos son autorizados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA). Hay medicamentos genéricos disponibles para muchos medicamentos de marca. Los medicamentos genéricos normalmente se pueden sustituir por medicamentos de marca en la farmacia sin una receta nueva, dependiendo de las leyes estatales.

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

B14. ¿Qué son los productos biológicos originales y cómo se relacionan con los biosimilares?

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 fórmulas 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 de la **Evidencia de Cobertura**.

B15. ¿Qué son los medicamentos OTC?

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

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

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

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

B16. ¿Tufts Health Plan Senior Care Options cubre los productos OTC que no son medicamentos?

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

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

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

B17. ¿Tufts Health Plan Senior Care Options cubre suministros prolongados de medicamentos de venta con receta?

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

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



- **Programas de farmacias minoristas de suministro para 90 días.** Algunas farmacias minoristas también pueden ofrecer un suministro para un máximo de 90 días de medicamentos recetados que están cubiertos. Usted tiene \$0 de copago.

B18. ¿La farmacia de mi localidad puede enviar a mi casa los productos de mi receta?

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

B19. ¿Cuál es mi copago?

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

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

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

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

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

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

La *Lista de Medicamentos Cubiertos* le ofrece información sobre los medicamentos que cubre Tufts Health Plan Senior Care Options. En caso de tener problemas para encontrar su medicamento en la lista, consulte el Índice de Medicamentos Cubiertos que se encuentra en la Sección D. El índice enumera alfabéticamente todos los medicamentos que cubre Tufts Health Plan Senior Care Options.

C1. Lista de medicamentos por tipo de medicamento

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

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

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

Estos medicamentos requieren una autorización previa para determinar la cobertura adecuada según Medicare Part B o Part D.

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

Debido a posibles inquietudes sobre la seguridad y uso, Tufts Health Plan Senior Care Options ha establecido limitaciones de surtido en una cantidad pequeña de medicamentos recetados. Esto significa que la farmacia solo surtirá cierta cantidad de un medicamento en un período específico. Estas cantidades se basan en estándares reconocidos de atención, como las recomendaciones de uso de la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos.

HI: Medicamento de Infusión Domiciliaria (HI por sus siglas en inglés)

Este medicamento recetado está cubierto según nuestro beneficio médico.

PA: Se requiere autorización previa

El proceso de autorización previa fomenta que se receten en forma racional los medicamentos que impliquen inquietudes importantes financieras o de seguridad. Un proveedor puede presentar una solicitud de cobertura según la necesidad médica de un miembro por un medicamento en especial.

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

La restricción de autorización previa solo se aplica si es un miembro nuevo o si ha tomado este medicamento antes.

Esta sección continúa en la página siguiente

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



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 Health Plan Senior Care Options para los miembros que no cumplen los criterios de Terapia Escalonada en el punto de venta según el proceso de revisión médica.

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

C2. Cobertura adicional

Suministros para pruebas de diabetes

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

- Tiras Reactivas OneTouch
- Medidores OneTouch (cantidad límite: 1 medidor por 180 días)
- Sistemas de monitoreo continuo de glucosa FreeStyle Libre y Dexcom (se requiere autorización previa)

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

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

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



D. Índice de Medicamentos Cubiertos

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

Tabla de contenidos

Agentes antidemencia.....	3
Agentes antiespásticos.....	3
Agentes antiyaquecosos	3
Agentes antimiaásticos.....	3
Agentes antiparkinsonianos	4
Agentes cardiovasculares.....	4
Agentes de antigout	8
Agentes de la enfermedad inflamatoria intestinal	9
Agentes de las enfermedades óseas metabólicas	9
Agentes del sistema nervioso central	9
Agentes del trastorno del sueño	12
Agentes dentales y orales.....	12
Agentes dermatológicos	12
Agentes gastrointestinales.....	15
Agentes genitourinarios.....	16
Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (hipófisis).....	17
Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (hormonas sexuales/modificadores)	17
Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (suprarrenal)	19
Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (tiroides)	20
Agentes hormonales, inhibidor (tiroides).....	20
Agentes hormonales, supresores (suprarrenales o pituitaria).....	20
Agentes inmunológicos.....	21
Agentes oftálmicos	26
Agentes para la bipolaridad.....	28
Agentes para tratamientos antiadicción/contra la drogadicción	28
Agentes para vías respiratorias/pulmonares.....	29
Agentes Terapéuticos, Misceláneos	32
Agentes óticos.....	33
Analgésicos	33
Anestésicos.....	35
Ansiolíticos	35
Antibacterianos	36
Anticonvulsivos	39
Antidepresivos	41
Antidepressants.....	41
Antieméticos	42
Antimicobacterianos.....	42
Antimicóticos	43
Antineoplásicos.....	43
Antiparasitarios	51
Antipsicóticos	51
Antivírico	53

ID de formulario: 25503, Versión: 8, Fecha efectiva: 02/01/2025

Ultima actualización: 01/02/2025

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

Electrolitos/minerales/metales/vitaminas.....	56
Productos y modificadores sanguíneos	58
Reguladores de la glucemia	59
Relajantes musculares esqueléticos.....	61
Trastorno genético, enzimático o proteico: Reemplazo, modificadores, tratamiento	61

ID de formulario: 25503, Versión: 8, Fecha efectiva: 02/01/2025

Ultima actualización: 01/02/2025

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 antidecencia		
<i>Agentes antidecencia, otros</i>		
NAMZARIC	1	
Antagonista receptor de ácido N-metil-D-aspártico (NMDA)		
<i>memantine hcl titration pak</i>	1	
<i>memantine hydrochloride er</i>	1	
<i>memantine hydrochloride soln, tabs</i>	1	
Inhibidores de la colinesterasa		
<i>donepezil hcl tbdp</i>	1	
<i>donepezil hcl tabs 10mg, 23mg</i>	1	
<i>donepezil hydrochloride tabs 5mg</i>	1	
<i>galantamine hydrobromide er</i>	1	
<i>galantamine hydrobromide soln, tabs</i>	1	
<i>rivastigmine tartrate</i>	1	
<i>rivastigmine transdermal system</i>	1	
Agentes antiespásticos		
<i>Agentes antiespásticos</i>		
<i>baclofen</i>	1	
<i>dantrolene sodium</i>	1	
<i>tizanidine hcl</i>	1	
<i>tizanidine hydrochloride</i>	1	
Agentes antiyaquecosos		
Agonista de receptores de serotonina (5-HT)		
<i>naratriptan hcl</i>	1	
<i>rizatriptan benzoate</i>	1	
<i>rizatriptan benzoate odt</i>	1	
<i>sumatriptan succinate refill inj 6mg/0.5ml</i>	1	
<i>sumatriptan succinate inj, tabs</i>	1	
<i>sumatriptan soln</i>	1	
Alcaloides del cornezuelo		
<i>dihydroergotamine mesylate soln</i>	1	QL(8 ML por 30 días); NEDS
<i>ergotamine tartrate/cafeine</i>	1	
Antagonistas de los receptores del péptido relacionado con el gen de la calcitonina (calcitonin gene)		
AIMOVIG	1	QL(1 ML por 30 días); PA
EMGALITY INJ 120MG/ML	1	QL(2 ML por 30 días); PA
EMGALITY INJ 100MG/ML	1	QL(3 ML por 30 días); PA
NURTEC	1	PA
UBRELVY	1	PA
Profiláctico		
<i>timolol maleate tabs 10mg, 20mg, 5mg</i>	1	
Agentes antimiaisténicos		

ID de formulario: 25503, Versión: 8, Fecha efectiva: 02/01/2025

Ultima actualización: 01/02/2025

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
Parasimpaticomiméticos		
<i>pyridostigmine bromide er</i>	1	
<i>pyridostigmine bromide tabs 60mg</i>	1	
Agentes antiparkinsonianos		
Agentes antiparkinsonianos, otros		
<i>carbidopa/levodopa/entacapone</i>	1	
<i>entacapone</i>	1	
Agonistas de la dopamina		
<i>bromocriptine mesylate caps, tabs</i>	1	
KYNMOBI	1	NEDS
<i>pramipexole dihydrochloride</i>	1	
<i>ropinirole er</i>	1	
<i>ropinirole hcl tabs 0.5mg, 1mg, 2mg, 4mg, 5mg</i>	1	
<i>ropinirole hydrochloride tabs 0.25mg, 3mg</i>	1	
Anticolinérgicos		
<i>benztropine mesylate tabs</i>	1	
<i>trihexyphenidyl hcl soln</i>	1	
<i>trihexyphenidyl hydrochloride</i>	1	
Inhibidores de la monoaminoxidasa B (MAO-B)		
<i>rasagiline mesylate tabs</i>	1	
<i>selegiline hcl caps, tabs</i>	1	
Inhibidores de precursores de dopamina o decarboxilasa de L-aminoácidos		
<i>carbidopa/levodopa</i>	1	
<i>carbidopa/levodopa er</i>	1	
<i>carbidopa/levodopa odt</i>	1	
<i>carbidopa tabs</i>	1	
Agentes cardiovasculares		
Agentes bloqueantes adrenérgicos alfa		
<i>prazosin hydrochloride caps</i>	1	
Agentes bloqueantes adrenérgicos beta		
<i>acebutolol hydrochloride</i>	1	
<i>atenolol tabs</i>	1	
<i>bisoprolol fumarate</i>	1	
<i>carvedilol</i>	1	
<i>labetalol hydrochloride tabs 100mg, 200mg, 300mg</i>	1	
<i>metoprolol succinate er</i>	1	
<i>metoprolol tartrate tabs</i>	1	
<i>nadolol tabs 20mg, 40mg, 80mg</i>	1	
<i>nebivolol hydrochloride</i>	1	
<i>pindolol tabs</i>	1	
<i>propranolol hcl er cp24 120mg, 160mg</i>	1	
<i>propranolol hcl soln</i>	1	
<i>propranolol hcl tabs 40mg</i>	1	

ID de formulario: 25503, Versión: 8, Fecha efectiva: 02/01/2025

Ultima actualización: 01/02/2025

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>propranolol hydrochloride er cp24 60mg, 80mg</i>	1	
<i>propranolol hydrochloride tabs 10mg, 20mg, 60mg, 80mg</i>	1	
Agentes bloqueantes del canal de calcio, dihidropiridinas		
<i>amlodipine besylate tabs</i>	1	
<i>felodipine er</i>	1	
<i>nifedipine er</i>	1	
<i>nimodipine caps</i>	1	
Agentes bloqueantes del canal de calcio, no dihidropiridinas		
<i>cartia xt</i>	1	
<i>dilt-xr</i>	1	
<i>diltiazem hcl cd</i>	1	
<i>diltiazem hcl er cp24 120mg, 180mg, 240mg, 420mg</i>	1	
<i>diltiazem hcl er cp12</i>	1	
<i>diltiazem hcl er tb24 300mg, 360mg, 420mg</i>	1	
<i>diltiazem hcl tabs 30mg, 60mg, 90mg</i>	1	
<i>diltiazem hydrochloride er cp24</i>	1	
<i>diltiazem hydrochloride er tb24 120mg, 180mg, 240mg, 300mg, 360mg</i>	1	
<i>diltiazem hydrochloride tabs 120mg</i>	1	
<i>matzim la</i>	1	
<i>taztia xt</i>	1	
<i>tiadylt er</i>	1	
<i>verapamil hcl er cp24 100mg, 300mg</i>	1	
<i>verapamil hcl er tbcr 120mg, 240mg</i>	1	
<i>verapamil hcl sr cp24</i>	1	
<i>verapamil hcl tabs 40mg, 80mg</i>	1	
<i>verapamil hydrochloride er cp24 200mg</i>	1	
<i>verapamil hydrochloride er tbcr 180mg</i>	1	
<i>verapamil hydrochloride tabs 120mg</i>	1	
Agentes cardiovasculares, otros		
<i>aliskiren</i>	1	
<i>amiloride/hydrochlorothiazide</i>	1	
<i>amlodipine besylate/atorvastatin calcium</i>	1	
<i>amlodipine besylate/benazepril hydrochloride</i>	1	
<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>	1	
<i>benazepril hydrochloride/hydrochlorothiazide</i>	1	
<i>bisoprolol fumarate/hydrochlorothiazide</i>	1	
<i>candesartan cilexetil/hydrochlorothiazide</i>	1	
CORLANOR	1	

ID de formulario: 25503, Versión: 8, Fecha efectiva: 02/01/2025

Ultima actualización: 01/02/2025

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>enalapril maleate/hydrochlorothiazide</i>	1	
ENTRESTO	1	
<i>fosinopril sodium/hydrochlorothiazide</i>	1	
<i>irbesartan/hydrochlorothiazide</i>	1	
<i>ivabradine hydrochloride</i>	1	
<i>lisinopril/hydrochlorothiazide</i>	1	
<i>losartan potassium/hydrochlorothiazide</i>	1	
<i>metoprolol/hydrochlorothiazide</i>	1	
<i>metyrosine</i>	1	NEDS
<i>olmesartan medoxomil/amlodipine/hydrochlorothiazide</i>	1	
<i>olmesartan medoxomil/hydrochlorothiazide</i>	1	
<i>pentoxifylline er</i>	1	
<i>quinapril/hydrochlorothiazide</i>	1	
<i>ranolazine er</i>	1	
<i>spironolactone/hydrochlorothiazide</i>	1	
TEKTURNA HCT TABS 150MG; 12.5MG, 300MG; 12.5MG, 300MG; 25MG	1	
<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>	1	
<i>clonidine hydrochloride tabs</i>	1	
<i>droxidopa</i>	1	PA; NEDS
<i>midodrine hcl</i>	1	
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	
<i>valsartan tabs</i>	1	
Antagonistas de los receptores de mineralocorticoides		
<i>eplerenone</i>	1	
KERENDIA	1	PA
<i>spironolactone tabs</i>	1	
Antiarrítmicos		
<i>amiodarone hydrochloride tabs</i>	1	
<i>digitek tabs 0.125mg, 0.25mg</i>	1	
<i>digoxin oral soln</i>	1	
<i>digoxin inj 0.25mg/ml</i>	1	

ID de formulario: 25503, Versión: 8, Fecha efectiva: 02/01/2025

Ultima actualización: 01/02/2025

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>digoxin tabs 125mcg, 250mcg</i>	1	
DOFETILIDE CAPS 125MCG	1	
<i>dofetilide caps 250mcg, 500mcg</i>	1	
<i>flecainide acetate</i>	1	
<i>mexiletine hcl</i>	1	
MULTAQ	1	
<i>propafenone hcl</i>	1	
<i>propafenone hydrochloride er</i>	1	
<i>propafenone hydrochloride tabs 300mg</i>	1	
<i>quinidine gluconate cr</i>	1	
<i>quinidine sulfate tabs</i>	1	
<i>sorine</i>	1	
<i>sotalol hcl</i>	1	
<i>sotalol hydrochloride (af)</i>	1	
Dislipidémicos, derivados del ácido fólico		
<i>fenofibrate micronized caps 134mg, 200mg, 67mg</i>	1	
<i>fenofibrate caps 130mg, 150mg, 43mg, 50mg</i>	1	
<i>fenofibrate tabs 145mg, 160mg, 48mg, 54mg</i>	1	
<i>fenofibric acid dr</i>	1	
<i>gemfibrozil tabs</i>	1	
Dislipidémicos, inhibidores de la HMG CoA reductasa		
<i>atorvastatin calcium</i>	1	
FLOLIPID	1	
<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</i>	1	
<i>cholestyramine pack, powd</i>	1	
<i>colestipol hcl</i>	1	
<i>ezetimibe</i>	1	
<i>ezetimibe/simvastatin</i>	1	
<i>icosapent ethyl</i>	1	
<i>niacin er</i>	1	
<i>omega-3-acid ethyl esters</i>	1	
PRALUENT	1	PA
<i>prevalite</i>	1	
REPATHA	1	PA
REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM	1	PA
REPATHA SURECLICK	1	PA

ID de formulario: 25503, Versión: 8, Fecha efectiva: 02/01/2025

Ultima actualización: 01/02/2025

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
Diuréticos, ahorrador de potasio		
<i>amiloride hcl tabs</i>	1	
<i>triamterene caps</i>	1	
Diuréticos, evacuación		
<i>bumetanide inj, tabs</i>	1	
<i>ethacrynic acid tabs</i>	1	
<i>furosemide inj, oral soln, tabs</i>	1	
<i>toremide tabs</i>	1	
Diuréticos, tiazida		
<i>chlorthalidone tabs 25mg, 50mg</i>	1	
<i>hydrochlorothiazide caps, tabs</i>	1	
<i>indapamide tabs</i>	1	
<i>metolazone</i>	1	
Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (ACE)		
<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	
Inhibidores del cotransportador 2 de sodio-glucosa (sodium-glucose co-transporter 2 inhibitors, SGLT)		
FARXIGA	1	
JARDIANCE	1	
Vasodilatadores, acción directa a nivel arterial/venoso		
<i>isosorbide dinitrate tabs</i>	1	
<i>isosorbide mononitrate</i>	1	
<i>isosorbide mononitrate er</i>	1	
<i>nitroglycerin transdermal</i>	1	
<i>nitroglycerin soln 0.4mg/spray</i>	1	
<i>nitroglycerin subl 0.3mg, 0.4mg, 0.6mg</i>	1	
VERQUVO	1	
Vasodilatadores, acción directa a nivel arterial		
<i>hydralazine hcl tabs 10mg</i>	1	
<i>hydralazine hydrochloride tabs 100mg, 25mg, 50mg</i>	1	
<i>minoxidil tabs</i>	1	
Agentes de antigout		
Agentes de antigout		
<i>allopurinol</i>	1	

ID de formulario: 25503, Versión: 8, Fecha efectiva: 02/01/2025

Ultima actualización: 01/02/2025

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>colchicine</i>	1	
GLOPERBA	1	
<i>probenecid</i>	1	
<i>probenecid/colchicine</i>	1	
Agentes de la enfermedad inflamatoria intestinal		
<i>Aminosalicilatos</i>		
<i>balsalazide disodium</i>	1	
<i>mesalamine dr</i>	1	
<i>mesalamine er</i>	1	
<i>mesalamine enem, kit, supp</i>	1	
<i>sulfasalazine tabs, tbec</i>	1	
<i>Glucocorticoides</i>		
<i>budesonide er</i>	1	NEDS
<i>budesonide cpep 3mg</i>	1	
<i>budesonide foam 2mg</i>	1	
CORTIFOAM FOAM	1	
<i>hydrocortisone crea 1%, 2.5%</i>	1	
<i>hydrocortisone enem 100mg/60ml</i>	1	
<i>procto-med hc</i>	1	
<i>proctosol hc</i>	1	
<i>proctozone-hc</i>	1	
Agentes de las enfermedades óseas metabólicas		
<i>Agentes de las enfermedades óseas metabólicas</i>		
<i>alendronate sodium</i>	1	
CALCITONIN SALMON	1	
<i>calcitonin-salmon</i>	1	
<i>calcitriol caps 0.25mcg, 0.5mcg</i>	1	
<i>calcitriol soln 1mcg/ml</i>	1	
<i>cinacalcet hydrochloride</i>	1	
<i>paricalcitol</i>	1	
PROLIA	1	PA
RAYALDEE	1	NEDS
<i>risedronate sodium</i>	1	
<i>risedronate sodium dr</i>	1	
<i>teriparatide</i>	1	PA; NEDS
XGEVA	1	PA; NEDS
<i>zoledronic acid</i>	1	
Agentes del sistema nervioso central		
<i>Agentes de esclerosis múltiple</i>		
AVONEX PEN	1	NEDS; SP-Optum Specialty
AVONEX INJ 30MCG/0.5ML	1	NEDS; SP-Optum Specialty

ID de formulario: 25503, Versión: 8, Fecha efectiva: 02/01/2025

Ultima actualización: 01/02/2025

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
BETASERON	1	NEDS; SP-Optum Specialty
<i>dalfampridine er</i>	1	SP-Optum Specialty
<i>dimethyl fumarate</i>	1	SP-Optum Specialty
<i> fingolimod hydrochloride</i>	1	NEDS
<i> glatiramer acetate inj 40mg/ml</i>	1	QL(12 ML por 28 días); NEDS
<i> glatiramer acetate inj 20mg/ml</i>	1	QL(30 ML por 30 días); NEDS
KESIMPTA	1	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
MAYZENT	1	NEDS; SP-Optum Specialty
MAYZENT STARTER PACK TBPk 0.25MG	1	NEDS; SP-Optum Specialty
MAYZENT STARTER PACK TBPk 0.25MG	1	SP-Optum Specialty
PLEGRIDY	1	NEDS; SP-Optum Specialty
PLEGRIDY STARTER PACK	1	NEDS; SP-Optum Specialty
REBIF	1	ST; NEDS; SP-Optum Specialty
REBIF REBIDOSE	1	ST; NEDS; SP-Optum Specialty
REBIF REBIDOSE TITRATION PACK	1	ST; NEDS; SP-Optum Specialty
REBIF TITRATION PACK	1	ST; NEDS; SP-Optum Specialty
<i>teriflunomide</i>	1	
VUMERITY	1	NEDS; SP-Optum Specialty
ZEPOSIA	1	NEDS
ZEPOSIA 7-DAY STARTER PACK	1	NEDS
ZEPOSIA STARTER KIT	1	NEDS
Agentes de fibromialgia		
SAVELLA	1	
SAVELLA TITRATION PACK	1	
Agentes para el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, anfetaminas		
<i>amphetamine/dextroamphetamine</i>	1	
<i>dextroamphetamine sulfate er</i>	1	
<i>dextroamphetamine sulfate tabs 10mg, 15mg, 20mg, 30mg, 5mg</i>	1	

ID de formulario: 25503, Versión: 8, Fecha efectiva: 02/01/2025

Ultima actualización: 01/02/2025

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 el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, no anfetaminas		
<i>atomoxetine hydrochloride caps 10mg, 25mg</i>	1	QL(60 EA por 30 días)
<i>atomoxetine caps 100mg, 80mg</i>	1	QL(30 EA por 30 días)
<i>atomoxetine caps 10mg, 18mg, 25mg, 40mg, 60mg</i>	1	QL(60 EA por 30 días)
<i>clonidine hydrochloride er</i>	1	
<i>dexmethylphenidate hcl er cp24 20mg, 35mg</i>	1	
<i>dexmethylphenidate hcl tabs 10mg, 5mg</i>	1	
<i>dexmethylphenidate hydrochloride er cp24 10mg, 15mg, 30mg, 40mg, 5mg</i>	1	
<i>dexmethylphenidate hydrochloride cp24</i>	1	
<i>dexmethylphenidate hydrochloride tabs 2.5mg</i>	1	
<i>guanfacine hydrochloride er</i>	1	QL(90 EA por 90 días)
<i>methylphenidate hydrochloride</i>	1	
<i>methylphenidate hydrochloride cd cpcr 10mg, 20mg, 30mg, 50mg, 60mg</i>	1	
<i>methylphenidate hydrochloride er (la)</i>	1	
<i>methylphenidate hydrochloride er cp24 10mg, 20mg, 30mg, 40mg</i>	1	
<i>methylphenidate hydrochloride er cpcr 40mg</i>	1	
<i>methylphenidate hydrochloride er tb24</i>	1	
<i>methylphenidate hydrochloride er tbcr 10mg, 18mg, 20mg, 27mg, 36mg, 54mg</i>	1	
Sistema nervioso central, otros		
AUSTEDO	1	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
AUSTEDO XR PATIENT TITRATION KIT TEPK 0	1	QL(56 EA por 365 días); PA; NEDS
AUSTEDO XR PATIENT TITRATION KIT TEPK 0	1	QL(84 EA por 365 días); PA; NEDS
AUSTEDO XR TB24 6MG	1	QL(210 EA por 30 días); PA; NEDS
AUSTEDO XR TB24 18MG, 30MG, 36MG, 42MG, 48MG	1	QL(30 EA por 30 días); PA; NEDS
AUSTEDO XR TB24 24MG	1	QL(60 EA por 30 días); PA; NEDS
AUSTEDO XR TB24 12MG	1	QL(90 EA por 30 días); PA; NEDS
COBENFY	1	QL(60 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
COBENFY STARTER PACK	1	QL(112 EA por 365 días); PA NSO; NEDS
INGREZZA	1	PA; NEDS
NUEDEXTA	1	PA

ID de formulario: 25503, Versión: 8, Fecha efectiva: 02/01/2025

Ultima actualización: 01/02/2025

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
RADICAVA ORS	1	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
RADICAVA ORS STARTER KIT	1	PA; NEDS
<i>riluzole</i>	1	
<i>tetrabenazine</i>	1	PA; SP-Optum Specialty
VEOZAH	1	QL(30 EA por 30 días); PA
Agentes del trastorno del sueño		
Agentes estimulantes de insomnio		
<i>armodafinil</i>	1	PA
<i>modafinil tabs</i>	1	PA
SODIUM OXYBATE	1	PA; NEDS
Agentes somníferos		
BELSOMRA	1	
<i>eszopiclone</i>	1	
<i>flurazepam hcl</i>	1	
<i>flurazepam hydrochloride</i>	1	
<i>ramelteon</i>	1	QL(30 EA por 30 días)
<i>tasimelteon</i>	1	PA; NEDS
<i>temazepam caps 15mg, 30mg, 7.5mg</i>	1	
<i>triazolam</i>	1	
<i>zaleplon</i>	1	
<i>zolpidem tartrate tabs</i>	1	
Agentes dentales y orales		
Agentes dentales y orales		
<i>cevimeline hydrochloride</i>	1	
<i>chlorhexidine gluconate</i>	1	
<i>kourzeq</i>	1	
<i>lidocaine hydrochloride viscous</i>	1	
<i>lidocaine viscous</i>	1	
<i>oralone dental paste</i>	1	
<i>perio gard</i>	1	
<i>pilocarpine hydrochloride</i>	1	
<i>sf 5000 plus</i>	1	
<i>sodium fluoride</i>	1	
<i>sodium fluoride 5000 plus</i>	1	
<i>sodium fluoride 5000 ppm</i>	1	
<i>triamcinolone acetonide dental paste</i>	1	
Agentes dermatológicos		
Agentes dermatológicos, otros		
<i>calcipotriene crea, oint</i>	1	QL(120 GM por 30 días)
<i>calcipotriene soln</i>	1	QL(120 ML por 30 días)
<i>calcitriol oint 3mcg/gm</i>	1	
<i>clotrimazole/betamethasone dipropionate</i>	1	

ID de formulario: 25503, Versión: 8, Fecha efectiva: 02/01/2025

Ultima actualización: 01/02/2025

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>diclofenac sodium gel 3%</i>	1	QL(200 GM por 30 días)
<i>fluorouracil crea 5%</i>	1	
<i>fluorouracil soln</i>	1	
<i>imiquimod crea</i>	1	
<i>nystatin/triamcinolone</i>	1	
<i>nystatin/triamcinolone acetonide oint</i>	1	
OTEZLA TABS 20MG, 30MG	1	QL(60 EA por 30 días); PA; NEDS
<i>podofilox</i>	1	
PROCTOFOAM HC	1	
SANTYL	1	
<i>silver sulfadiazine</i>	1	
<i>ssd</i>	1	
Agentes desencadenantes de acné y rosácea		
<i>acutane</i>	1	
<i>acitretin</i>	1	
<i>adapalene gel</i>	1	PA
<i>amnestem</i>	1	
<i>avita</i>	1	PA
<i>azelaic acid</i>	1	
<i>claravis</i>	1	
<i>clindamycin phosphate/benzoyl peroxide gel 2.5%; 1.2%, 5%; 1.2%</i>	1	
<i>clindamycin/benzoyl peroxide</i>	1	
<i>isotretinoin caps</i>	1	
<i>metronidazole crea 0.75%</i>	1	
<i>metronidazole gel 0.75%, 1%</i>	1	
<i>metronidazole lotn 0.75%</i>	1	
MYORISAN	1	
NEUAC	1	
<i>rosadan</i>	1	
<i>tazarotene crea, gel</i>	1	PA
<i>tretinoin microsphere</i>	1	PA
<i>tretinoin crea 0.025%, 0.05%, 0.1%</i>	1	PA
ZENATANE	1	
Agentes desencadenantes de dermatitis y prurito		
<i>amcinonide crea</i>	1	
<i>ammonium lactate crea, lotn</i>	1	
<i>betamethasone dipropionate augmented</i>	1	
BETAMETHASONE DIPROPIONATE CREA	1	
<i>betamethasone dipropionate lotn, oint</i>	1	
<i>betamethasone valerate crea, lotn, oint</i>	1	
<i>clobetasol propionate e</i>	1	QL(240 GM por 30 días)
CLOBETASOL PROPIONATE SHAM	1	QL(236 ML por 30 días)

ID de formulario: 25503, Versión: 8, Fecha efectiva: 02/01/2025

Ultima actualización: 01/02/2025

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>clobetasol propionate soln</i>	1	QL(200 ML por 30 días)
<i>clobetasol propionate crea, gel, oint</i>	1	QL(240 GM por 30 días)
<i>clodan</i>	1	QL(236 ML por 30 días)
DESONIDE CREA, OINT	1	
<i>desoximetasone crea</i>	1	
DESRX	1	
<i>fluocinolone acetonide body</i>	1	
<i>fluocinolone acetonide scalp</i>	1	
<i>fluocinolone acetonide topical</i>	1	
<i>fluocinolone acetonide crea 0.01%, 0.025%</i>	1	
<i>fluocinolone acetonide oint 0.025%</i>	1	
<i>fluocinolone acetonide soln 0.01%</i>	1	
<i>fluocinonide emulsified base</i>	1	
FLUCINONIDE GEL, OINT, SOLN	1	
<i>fluocinonide crea</i>	1	
<i>fluticasone propionate crea 0.05%</i>	1	
<i>fluticasone propionate oint 0.005%</i>	1	
<i>halobetasol propionate crea, oint</i>	1	
HYDROCORTISONE BUTYRATE OINT	1	
HYDROCORTISONE VALERATE CREA	1	
<i>hydrocortisone valerate oint</i>	1	
<i>hydrocortisone crea 1%, 2.5%</i>	1	
<i>hydrocortisone lotn 2.5%</i>	1	
<i>hydrocortisone oint 1%, 2.5%</i>	1	
<i>mometasone furoate crea 0.1%</i>	1	
<i>mometasone furoate oint 0.1%</i>	1	
<i>mometasone furoate soln 0.1%</i>	1	
<i>pimecrolimus</i>	1	
<i>prednicarbate oint</i>	1	
<i>selenium sulfide</i>	1	
<i>tacrolimus oint 0.03%, 0.1%</i>	1	
<i>triamcinolone acetonide crea 0.025%, 0.1%, 0.5%</i>	1	
<i>triamcinolone acetonide lotn 0.025%, 0.1%</i>	1	
<i>triamcinolone acetonide oint 0.025%, 0.1%, 0.5%</i>	1	
TRITOCIN	1	
Antiinfecciosos tópicos		
<i>ciclopirox nail lacquer</i>	1	
<i>ciclopirox olamine</i>	1	
CICLOPIROX SHAM	1	
<i>ciclopirox gel, susp</i>	1	
<i>clindamycin phosphate gel 1%</i>	1	
CLINDAMYCIN PHOSPHATE LOTN 1%	1	
<i>clindamycin phosphate external soln 1%</i>	1	
<i>ery</i>	1	

ID de formulario: 25503, Versión: 8, Fecha efectiva: 02/01/2025

Ultima actualización: 01/02/2025

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>erythromycin gel 2%</i>	1	
<i>erythromycin soln 2%</i>	1	
MENTAX	1	
<i>mupirocin crea</i>	1	QL(180 GM por 30 días)
<i>mupirocin oint</i>	1	QL(44 GM por 30 días)
SULFAMYLON CREA	1	
<i>Pediculicidas/escabicidas</i>		
<i>malathion</i>	1	
<i>permethrin crea</i>	1	
Agentes gastrointestinales		
<i>Agentes antidiarreicos</i>		
<i>alosetron hydrochloride tabs 0.5mg</i>	1	PA
<i>alosetron hydrochloride tabs 1mg</i>	1	PA; NEDS
<i>loperamide hcl caps</i>	1	
XERMELO	1	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
<i>Agentes antiestreñimiento</i>		
<i>constulose</i>	1	
<i>enulose</i>	1	
<i>generlac</i>	1	
<i>lactulose soln</i>	1	
LINZESS	1	
<i>lubiprostone</i>	1	
MOVANTIK	1	
OSMOPREP	1	
<i>Agentes gastrointestinales, otros</i>		
CLENPIQ	1	
<i>gavilyte-c</i>	1	
<i>gavilyte-g</i>	1	
<i>gavilyte-n/flavor pack</i>	1	
<i>metoclopramide hcl inj, oral soln</i>	1	
<i>metoclopramide hcl tabs 5mg</i>	1	
<i>metoclopramide hydrochloride tabs 10mg</i>	1	
<i>nitroglycerin oint 0.4%</i>	1	QL(30 GM por 30 días)
<i>opium</i>	1	
<i>opium tincture tinc 1%</i>	1	
<i>peg-3350/electrolytes</i>	1	
<i>peg-3350/electrolytes/ascorbate</i>	1	
<i>peg-3350/nacl/na bicarbonate/kcl</i>	1	
<i>peg-3350/sodium sulf/naclpotassium cl/na ascorbate/ascorbic</i>	1	
RECTIV	1	QL(30 GM por 30 días)
<i>sodium sulfate/potassium sulfate/magnesium sulfate</i>	1	
<i>ursodiol caps 300mg</i>	1	
<i>ursodiol tabs</i>	1	

ID de formulario: 25503, Versión: 8, Fecha efectiva: 02/01/2025

Ultima actualización: 01/02/2025

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
VOWST	1	PA; NEDS
XIFAXAN TABS 550MG	1	PA; NEDS
Antagonistas de los receptores de la histamina2 (H2)		
<i>cimetidine tabs</i>	1	
<i>famotidine tabs 20mg, 40mg</i>	1	
Antiespasmódicos, gastrointestinal		
<i>dicyclomine hcl soln</i>	1	
<i>dicyclomine hydrochloride caps, tabs</i>	1	
<i>glycopyrrolate soln</i>	1	
<i>glycopyrrolate tabs 1mg, 2mg</i>	1	
Inhibidores de la bomba de protones		
DEXLANSOPRAZOLE	1	
<i>esomeprazole magnesium</i>	1	
<i>lansoprazole cpdr</i>	1	
<i>omeprazole dr cpdr 10mg</i>	1	
<i>omeprazole cpdr 20mg, 40mg</i>	1	
<i>pantoprazole sodium tbec</i>	1	
<i>rabeprazole sodium</i>	1	
Protectores		
<i>misoprostol</i>	1	
<i>sucralfate susp, tabs</i>	1	
Agentes genitourinarios		
Agentes de hiperplasia benigna de próstata		
<i>alfuzosin hcl er</i>	1	
<i>doxazosin mesylate</i>	1	
<i>dutasteride/tamsulosin hydrochloride</i>	1	
<i>dutasteride caps</i>	1	
<i>finasteride tabs</i>	1	
<i>tadalafil tabs 2.5mg, 5mg</i>	1	QL(30 EA por 30 días); PA
<i>tamsulosin hydrochloride</i>	1	
<i>terazosin hcl caps 10mg, 1mg, 5mg</i>	1	
<i>terazosin hydrochloride caps 2mg</i>	1	
Agentes genitourinarios, otros		
<i>acetic acid 0.25%</i>	1	
<i>bethanechol chloride tabs</i>	1	
ELMIRON	1	
<i>tiopronin dr</i>	1	NEDS
Antiespasmódicos, urinario		
<i>darifenacin hydrobromide er</i>	1	
GEMTESA	1	
<i>mirabegron er</i>	1	
MYRBETRIQ	1	
<i>oxybutynin chloride er</i>	1	

ID de formulario: 25503, Versión: 8, Fecha efectiva: 02/01/2025

Ultima actualización: 01/02/2025

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>oxybutynin chloride soln, tabs</i>	1	
<i>solifenacin succinate</i>	1	
<i>tolterodine tartrate</i>	1	
<i>tolterodine tartrate er</i>	1	
<i>tropium chloride</i>	1	
Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (hipófisis)		
<i>Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (hipófisis)</i>		
<i>desmopressin acetate</i>	1	
GENOTROPIN	1	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
GENOTROPIN MINIQUICK INJ 0.4MG, 0.6MG, 0.8MG, 1.2MG, 1.4MG, 1.6MG, 1MG, 2MG	1	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
GENOTROPIN MINIQUICK INJ 0.2MG	1	PA; SP-Optum Specialty
<i>genotropin miniquick inj 1.8mg</i>	1	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
INCRELEX	1	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (hormonas sexuales/modificadores)		
<i>Agentes de modificación selectiva de los receptores estrogénicos</i>		
OSPHENA	1	
<i>raloxifene hydrochloride</i>	1	
<i>Andrógenos</i>		
<i>danazol caps</i>	1	
<i>testosterone cypionate inj 100mg/ml, 200mg/ml</i>	1	
<i>testosterone enanthate inj</i>	1	
<i>testosterone pump</i>	1	
<i>testosterone gel 20.25mg/1.25gm, 25mg/2.5gm, 40.5mg/2.5gm, 50mg/5gm</i>	1	
<i>Estrógenos</i>		
<i>amabelz</i>	1	
<i>amethia</i>	1	
<i>apri</i>	1	
<i>ashlyna</i>	1	
<i>aviane</i>	1	
<i>azurette</i>	1	
<i>balziva</i>	1	
<i>briellyn</i>	1	
<i>desogestrel/ethinyl estradiol tabs 0; 0</i>	1	
<i>dotti</i>	1	
<i>drospirenone/ethinyl estradiol tabs 3mg; 0.03mg</i>	1	
<i>eluryng</i>	1	

ID de formulario: 25503, Versión: 8, Fecha efectiva: 02/01/2025

Ultima actualización: 01/02/2025

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

ID de formulario: 25503, Versión: 8, Fecha efectiva: 02/01/2025

Ultima actualización: 01/02/2025

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>norethindrone acetate/ethinyl estradiol tabs 2.5mcg; 0.5mg, 5mcg; 1mg</i>	1	
<i>nortrel 0.5/35 (28)</i>	1	
<i>nortrel 1/35</i>	1	
<i>nortrel 7/7/7</i>	1	
<i>portia-28</i>	1	
PREMARIN CREA	1	
PREMARIN TABS 0.3MG, 0.45MG, 0.625MG, 0.9MG, 1.25MG	1	
PREMPHASE	1	
<i>tarina fe 1/20 eq</i>	1	
<i>taysofy</i>	1	
<i>tri-sprintec</i>	1	
<i>trivora-28</i>	1	
<i>turqoz</i>	1	
<i>velivet</i>	1	
<i>vyfemla</i>	1	
<i>xulane</i>	1	
<i>yuvafem</i>	1	
<i>zafemy</i>	1	
<i>zovia 1/35</i>	1	
Progestinas		
<i>camila</i>	1	
<i>deblitane</i>	1	
DEPO-SUBQ PROVERA 104	1	
<i>errin</i>	1	
<i>gallifrey</i>	1	
<i>heather</i>	1	
LILETTA	1	
<i>medroxyprogesterone acetate inj, tabs</i>	1	
<i>megestrol acetate susp, tabs</i>	1	
NEXPLANON	1	
<i>norethindrone acetate tabs</i>	1	
<i>progesterone caps</i>	1	
<i>sharobel</i>	1	
Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (suprarrenal)		
Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (suprarrenal)		
DEPO-MEDROL	1	
<i>dexamethasone</i>	1	
<i>dexamethasone intensol</i>	1	
<i>dexamethasone sodium phosphate +rfd</i>	1	

ID de formulario: 25503, Versión: 8, Fecha efectiva: 02/01/2025

Ultima actualización: 01/02/2025

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>	1	
<i>fludrocortisone acetate</i>	1	
<i>hydrocortisone sodium succinate</i>	1	
<i>hydrocortisone tabs 10mg, 20mg, 5mg</i>	1	
<i>kenalog-10</i>	1	
<i>methylprednisolone</i>	1	
<i>methylprednisolone acetate</i>	1	
<i>methylprednisolone dose pack</i>	1	
<i>prednisolone</i>	1	
<i>prednisolone sodium phosphate oral soln 10mg/5ml, 15mg/5ml, 20mg/5ml, 25mg/5ml, 5mg/5ml</i>	1	
<i>prednisone</i>	1	
SOLU-CORTEF	1	
<i>triamcinolone acetonide inj 40mg/ml</i>	1	
Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (tiroides)		
<i>Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (tiroides)</i>		
ADTHYZA	1	
ARMOUR THYROID	1	
<i>euthyrox</i>	1	
<i>levo-t</i>	1	
<i>levothyroxine sodium</i>	1	
<i>levoxyl</i>	1	
<i>liothyronine sodium</i>	1	
NIVA THYROID	1	
<i>np thyroid 120</i>	1	
<i>np thyroid 15</i>	1	
<i>np thyroid 30</i>	1	
<i>np thyroid 60</i>	1	
<i>np thyroid 90</i>	1	
SYNTHROID	1	
THYROID	1	
<i>unithroid</i>	1	
Agentes hormonales, inhibidor (tiroides)		
<i>Agentes antitiroides</i>		
<i>methimazole tabs 10mg, 5mg</i>	1	
<i>propylthiouracil tabs</i>	1	
Agentes hormonales, supresores (suprarrenales o pituitaria)		
<i>Hormonal Agents, Suppressant (Adrenal or Pituitary)</i>		
<i>cabergoline</i>	1	
ELIGARD	1	
FIRMAGON INJ 80MG	1	

ID de formulario: 25503, Versión: 8, Fecha efectiva: 02/01/2025

Ultima actualización: 01/02/2025

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
FIRMAGON INJ 120MG/VIAL	1	NEDS
KORLYM	1	QL(120 EA por 30 días); PA; NEDS
<i>lanreotide acetate</i>	1	NEDS
<i>leuprolide acetate</i>	1	SP-Optum Specialty
LUPRON DEPOT (1-MONTH)	1	NEDS
LUPRON DEPOT (3-MONTH)	1	NEDS
LUPRON DEPOT (4-MONTH)	1	NEDS
LUPRON DEPOT (6-MONTH)	1	NEDS
<i>mifepristone</i>	1	QL(120 EA por 30 días); PA; NEDS
<i>octreotide acetate inj 100mcg/ml, 50mcg/ml</i>	1	
<i>octreotide acetate inj 1000mcg/ml</i>	1	NEDS; SP-Optum Specialty
<i>octreotide acetate inj 100mcg/ml, 200mcg/ml, 500mcg/ml, 50mcg/ml</i>	1	SP-Optum Specialty
ORGOVYX	1	PA NSO; NEDS
SIGNIFOR	1	QL(60 ML por 30 días); PA; NEDS
SOMATULINE DEPOT	1	NEDS
SOMAVERT	1	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
SYNAREL	1	NEDS
Agentes inmunológicos		
<i>Agentes inmunológicos, otros</i>		
ARCALYST	1	PA; NEDS
BENLYSTA	1	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
COSENTYX SENSOREADY PEN	1	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
COSENTYX UNOREADY	1	PA; NEDS
COSENTYX INJ 125MG/5ML	1	PA; NEDS
COSENTYX INJ 150MG/ML, 75MG/0.5ML	1	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
DUPIXENT	1	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
ORENCIA CLICKJECT	1	QL(4 ML por 28 días); PA; NEDS
ORENCIA INJ 50MG/0.4ML	1	QL(1.6 ML por 28 días); PA; NEDS
ORENCIA INJ 87.5MG/0.7ML	1	QL(2.8 ML por 28 días); PA; NEDS
ORENCIA INJ 125MG/ML	1	QL(4 ML por 28 días); PA; NEDS

ID de formulario: 25503, Versión: 8, Fecha efectiva: 02/01/2025

Ultima actualización: 01/02/2025

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
OTEZLA TBPK 0	1	QL(110 EA por 365 días); PA; NEDS
RINVOQ	1	QL(30 EA por 30 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
RINVOQ LQ	1	QL(360 ML por 30 días); PA; NEDS
SKYRIZI PEN	1	QL(1 ML por 28 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
SKYRIZI INJ 600MG/10ML	1	PA; NEDS
SKYRIZI INJ 150MG/ML	1	QL(1 ML por 28 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
SKYRIZI INJ 180MG/1.2ML	1	QL(1.2 ML por 28 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
SKYRIZI INJ 360MG/2.4ML	1	QL(2.4 ML por 28 días); PA; NEDS
STELARA INJ 45MG/0.5ML	1	QL(1 ML por 28 días); PA; NEDS
STELARA INJ 45MG/0.5ML, 90MG/ML	1	QL(1 ML por 28 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
TAVNEOS	1	PA; NEDS
XELJANZ XR	1	QL(30 EA por 30 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
XELJANZ SOLN	1	QL(300 ML por 30 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
XELJANZ TABS	1	QL(60 EA por 30 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
XOLAIR INJ 150MG/ML, 150MG, 300MG/2ML, 75MG/0.5ML	1	PA; NEDS
XOLAIR INJ 150MG/ML	1	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
<i>Agentes para angioedema</i>		
BERINERT	1	PA; NEDS
HAEGARDA	1	PA; NEDS; SP-Optum Specialty

ID de formulario: 25503, Versión: 8, Fecha efectiva: 02/01/2025

Ultima actualización: 01/02/2025

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>icatibant acetate</i>	1	QL(18 ML por 30 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
<i>Inmunostimulantes</i>		
ACTIMMUNE	1	NEDS; SP-Optum Specialty
BESREMI	1	PA NSO; NEDS
PEGASYS INJ 180MCG/ML	1	QL(4 ML por 28 días); NEDS; SP-Optum Specialty
<i>Inmunoglobulinas</i>		
BIVIGAM INJ 10%, 5GM/50ML	1	PA BvD; NEDS; HI
CUVITRU	1	PA BvD; NEDS
FLEBOGAMMA DIF INJ 10GM/100ML, 10GM/200ML, 2.5GM/50ML, 20GM/200ML, 20GM/400ML, 5GM/100ML, 5GM/50ML	1	PA BvD; NEDS; HI
GAMMAGARD LIQUID INJ 10GM/100ML, 2.5GM/25ML, 20GM/200ML, 30GM/300ML, 5GM/50ML	1	PA BvD; NEDS; HI
GAMMAPLEX INJ 10GM/100ML, 10GM/200ML, 20GM/200ML, 20GM/400ML, 5GM/100ML, 5GM/50ML	1	PA BvD; NEDS; HI
HIZENTRA	1	PA BvD; NEDS
OCTAGAM INJ 10GM/100ML, 10GM/200ML, 1GM/20ML, 2.5GM/50ML, 20GM/200ML, 2GM/20ML, 30GM/300ML, 5GM/100ML, 5GM/50ML	1	PA BvD; NEDS; HI
PRIVIGEN	1	PA BvD; NEDS; HI
<i>Inmunosupresores</i>		
<i>azathioprine tabs</i>	1	PA BvD
<i>cyclosporine modified</i>	1	PA BvD
<i>cyclosporine caps 100mg, 25mg</i>	1	PA BvD
ENBREL MINI	1	QL(8 ML por 28 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
ENBREL SURECLICK	1	QL(8 ML por 28 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
ENBREL INJ 50MG/ML	1	QL(8 ML por 28 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
ENBREL INJ 25MG/0.5ML	1	QL(8.16 ML por 28 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
ENVARUS XR TB24 0.75MG, 1MG	1	PA BvD
ENVARUS XR TB24 4MG	1	PA BvD; NEDS

ID de formulario: 25503, Versión: 8, Fecha efectiva: 02/01/2025

Ultima actualización: 01/02/2025

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>everolimus tabs 0.25mg, 0.5mg, 0.75mg, 1mg</i>	1	QL(60 EA por 30 días); PA BvD; NEDS
GENGRAF SOLN	1	PA BvD
<i>gengraf caps 100mg, 25mg</i>	1	PA BvD
HUMIRA PEDIATRIC CROHNS DISEASE STARTER PACK INJ 0, 80MG/0.8ML	1	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
HUMIRA PEN-CD/UC/HS STARTER	1	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
HUMIRA PEN-PEDIATRIC UC STARTER PACK	1	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
HUMIRA PEN-PS/UV STARTER	1	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
HUMIRA PEN INJ 80MG/0.8ML	1	QL(4 EA por 28 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
HUMIRA PEN INJ 40MG/0.4ML, 40MG/0.8ML	1	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	1	QL(6 EA por 28 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
JYLAMVO	1	NEDS
<i>leflunomide</i>	1	
<i>methotrexate sodium tabs</i>	1	
<i>methotrexate sodium inj 1gm/40ml, 250mg/10ml, 50mg/2ml</i>	1	
<i>methotrexate inj 50mg/2ml</i>	1	
<i>mycophenolate mofetil caps, tabs</i>	1	PA BvD
<i>mycophenolate mofetil susr</i>	1	PA BvD; NEDS
<i>mycophenolic acid dr</i>	1	PA BvD
NULOJIX	1	NEDS
PEGASYS INJ 180MCG/0.5ML	1	QL(4 ML por 28 días); NEDS; SP-Optum Specialty
PROGRAF PACK	1	PA BvD
REZUROCK	1	PA; NEDS
<i>sirolimus tabs</i>	1	PA BvD
<i>sirolimus soln</i>	1	PA BvD; NEDS
<i>tacrolimus caps 0.5mg, 1mg, 5mg</i>	1	PA BvD
TREXALL	1	
XATMEP	1	
Vacunas		
ABRYSVO	1	
ACTHIB INJ 0	1	
ADACEL	1	

ID de formulario: 25503, Versión: 8, Fecha efectiva: 02/01/2025

Ultima actualización: 01/02/2025

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
AREXVY	1	
BCG VACCINE INJ 50MG	1	
BEXSERO	1	
BOOSTRIX	1	
DAPTACEL INJ 15LF/0.5ML; 23MCG/0.5ML; 5LF/0.5ML	1	
DENGVAXIA	1	
<i>diphtheria/tetanus toxoids adsorbed pediatric</i>	1	
ENGERIX-B	1	PA BvD
GARDASIL 9	1	
HAVRIX INJ 1440ELU/ML, 720ELU/0.5ML	1	
HEPLISAV-B	1	PA BvD
HIBERIX	1	
IMOVAX RABIES (H.D.C.V.)	1	
INFANRIX	1	
IPOL INACTIVATED IPV	1	
IXCHIQ	1	
IXIARO	1	
JYNNEOS	1	
KINRIX INJ 25LFU/0.5ML; 58MCG/0.5ML; 0; 10LFU/0.5ML	1	
M-M-R II	1	
MENACTRA	1	
MENQUADFI	1	
MENVEO	1	
MRESVIA	1	
PEDIARIX INJ 25LFU/0.5ML; 10MCG/0.5ML; 58MCG/0.5ML; 0; 10LFU/0.5ML	1	
PEDVAX HIB INJ 7.5MCG/0.5ML	1	
PENBRAYA	1	
PENTACEL	1	
PREHEVBRIO	1	PA BvD
PRIORIX	1	
PROQUAD	1	
QUADRACEL	1	
RABAVERT	1	
RECOMBIVAX HB	1	PA BvD
ROTARIX	1	
ROTATEQ SOLN	1	
SHINGRIX	1	
STAMARIL	1	
<i>tdvax</i>	1	
TENIVAC	1	
TICOVAC	1	
TRUMENBA	1	

ID de formulario: 25503, Versión: 8, Fecha efectiva: 02/01/2025

Ultima actualización: 01/02/2025

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
TWINRIX	1	
TYPHIM VI	1	
VAQTA	1	
VARIVAX	1	
VAXCHORA	1	
YF-VAX	1	
Agentes oftálmicos		
<i>Agentes oftálmicos antialérgicos</i>		
ALOCRIL	1	
<i>azelastine hcl ophthalmic soln 0.05%</i>	1	
<i>bepotastine besilate</i>	1	
<i>cromolyn sodium soln 4%</i>	1	
<i>epinastine hcl</i>	1	
<i>olopatadine hcl</i>	1	
<i>olopatadine hydrochloride soln 0.2%</i>	1	
<i>Agentes oftálmicos bloqueantes beta adrenérgicos</i>		
<i>betaxolol hcl</i>	1	
BETIMOL	1	
<i>carteolol hcl</i>	1	
<i>levobunolol hcl soln 0.5%</i>	1	
<i>timolol hemihydrate</i>	1	
<i>timolol maleate ophthalmic gel forming</i>	1	
<i>timolol maleate soln 0.25%, 0.5%</i>	1	
<i>Agentes oftálmicos para la disminución de la presión intraocular, otros</i>		
<i>acetazolamide</i>	1	
<i>acetazolamide er</i>	1	
ALPHAGAN P SOLN 0.1%	1	
<i>apraclonidine</i>	1	
<i>brimonidine tartrate</i>	1	
<i>brinzolamide</i>	1	
<i>dorzolamide hydrochloride</i>	1	
<i>methazolamide tabs</i>	1	
PHOSPHOLINE IODIDE SOLR 0.125%	1	
<i>pilocarpine hcl soln 1%, 2%, 4%</i>	1	
RHOPRESSA	1	
<i>Agentes oftálmicos, otros</i>		
<i>atropine sulfate soln 1%</i>	1	
<i>bacitracin/polymyxin b</i>	1	
<i>brimonidine tartrate/timolol maleate</i>	1	
<i>cyclopentolate hcl soln 2%</i>	1	
<i>cyclopentolate hydrochloride</i>	1	
<i>cyclosporine emul 0.05%</i>	1	
CYSTARAN	1	NEDS

ID de formulario: 25503, Versión: 8, Fecha efectiva: 02/01/2025

Ultima actualización: 01/02/2025

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>dorzolamide hcl/timolol maleate</i>	1	
<i>dorzolamide hydrochloride/timolol maleate pf</i>	1	
<i>neo-polycin</i>	1	
<i>neo-polycin hc</i>	1	
<i>neomycin/bacitracin/polymyxin</i>	1	
<i>neomycin/polymyxin/bacitracin/hydrocortisone</i>	1	
<i>neomycin/polymyxin/dexamethasone</i>	1	
<i>neomycin/polymyxin/gramicidin</i>	1	
<i>neomycin/polymyxin/hydrocortisone ophthalmic susp 1%; 3.5mg/ml; 10000unit/ml</i>	1	
<i>polycin</i>	1	
<i>polymyxin b sulfate/trimethoprim sulfate</i>	1	
RESTASIS	1	
RESTASIS MULTIDOSE	1	
ROCKLATAN	1	
SIMBRINZA	1	
<i>sulfacetamide sodium/prednisolone sodium phosphate</i>	1	
TOBRADEX ST	1	
<i>tobramycin/dexamethasone</i>	1	
XIIDRA	1	
Antiinfecciosos oftálmicos		
<i>bacitracin</i>	1	
BESIVANCE	1	
<i>ciprofloxacin hydrochloride soln 0.3%</i>	1	
<i>erythromycin oint 5mg/gm</i>	1	
<i>gatifloxacin</i>	1	
<i>gentak oint</i>	1	
<i>gentamicin sulfate ophthalmic soln 0.3%</i>	1	
<i>levofloxacin ophthalmic soln 1.5%</i>	1	
<i>moxifloxacin hydrochloride soln 0.5%</i>	1	
NATACYN	1	
<i>ofloxacin ophthalmic soln 0.3%</i>	1	
<i>sulfacetamide sodium oint 10%</i>	1	
<i>sulfacetamide sodium soln 10%</i>	1	
<i>tobramycin</i>	1	
<i>trifluridine</i>	1	
XDEMVY	1	PA; NEDS
ZIRGAN	1	
Antiinflamatorios oftálmicos		
<i>bromfenac</i>	1	
<i>bromfenac sodium soln 0.07%, 0.075%</i>	1	
BROMSITE	1	
<i>dexamethasone sodium phosphate ophthalmic soln 0.1%</i>	1	
<i>diclofenac sodium ophthalmic soln 0.1%</i>	1	

ID de formulario: 25503, Versión: 8, Fecha efectiva: 02/01/2025

Ultima actualización: 01/02/2025

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>difluprednate</i>	1	
FLAREX	1	
<i>fluorometholone</i>	1	
<i>flurbiprofen sodium</i>	1	
ILEVRO	1	
<i>ketorolac tromethamine</i>	1	
LOTEMAX OINT	1	
<i>loteprednol etabonate</i>	1	
<i>prednisolone acetate</i>	1	
<i>prednisolone sodium phosphate ophthalmic soln 1%</i>	1	
PROLENSA	1	
Análogos oftálmicos de prostaglandinas y prostamidas		
<i>bimatoprost</i>	1	
<i>latanoprost soln</i>	1	
LUMIGAN	1	
<i>tafluprost</i>	1	
<i>travoprost</i>	1	
VYZULTA	1	
Agentes para la bipolaridad		
<i>Estabilizadores del estado de ánimo</i>		
<i>lithium</i>	1	
<i>lithium carbonate er</i>	1	
<i>lithium carbonate caps, tabs</i>	1	
Agentes para tratamientos antiadicción/contra la drogadicción		
<i>Agentes para dejar de fumar</i>		
<i>bupropion hydrochloride er (sr) tb12 150mg</i>	1	
NICOTROL INHALER	1	
NICOTROL NS	1	
TYRVAYA	1	
<i>varenicline starting month</i>	1	QL(53 EA por 28 días)
<i>varenicline tartrate</i>	1	QL(60 EA por 30 días)
<i>Agentes que revierten los opioides</i>		
<i>naloxone hcl inj 4mg/10ml</i>	1	
<i>naloxone hydrochloride liqd</i>	1	QL(4 EA por 30 días)
<i>naloxone hydrochloride inj 0.4mg/ml, 2mg/2ml, 4mg/10ml</i>	1	
OPVEE	1	QL(4 EA por 30 días)
<i>Dependencia de opioides</i>		
<i>buprenorphine hcl/naloxone hcl subl 2mg; 0.5mg</i>	1	QL(360 EA por 30 días)
<i>buprenorphine hcl/naloxone hcl subl 8mg; 2mg</i>	1	QL(90 EA por 30 días)
<i>buprenorphine hcl subl 2mg</i>	1	QL(360 EA por 30 días)
<i>buprenorphine hcl subl 8mg</i>	1	QL(90 EA por 30 días)
<i>buprenorphine hydrochloride/naloxone hydrochloride film 4mg; 1mg</i>	1	QL(180 EA por 30 días)

ID de formulario: 25503, Versión: 8, Fecha efectiva: 02/01/2025

Ultima actualización: 01/02/2025

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>buprenorphine hydrochloride/naloxone hydrochloride film 2mg; 0.5mg</i>	1	QL(360 EA por 30 días)
<i>buprenorphine hydrochloride/naloxone hydrochloride film 12mg; 3mg, 8mg; 2mg</i>	1	QL(90 EA por 30 días)
Disuasivos del alcohol/disminución del deseo		
<i>acamprosate calcium dr</i>	1	
<i>disulfiram tabs</i>	1	
<i>naltrexone hcl tabs</i>	1	
VIVITROL	1	NEDS
Agentes para vías respiratorias/pulmonares		
Agentes del tracto respiratorio, otros		
<i>acetylcysteine soln</i>	1	PA BvD
ANORO ELLIPTA	1	QL(180 EA por 90 días)
BEVESPI AEROSPHERE	1	QL(10.7 GM por 30 días)
BREO ELLIPTA	1	QL(180 EA por 90 días)
BREYNA	1	QL(30.9 GM por 90 días)
BREZTRI AEROSPHERE	1	QL(32.1 GM por 90 días)
BRONCHITOL	1	NEDS
COMBIVENT RESPIMAT	1	QL(24 GM por 90 días)
FASENRA PEN	1	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
FASENRA INJ 10MG/0.5ML	1	PA
FASENRA INJ 30MG/ML	1	PA; NEDS
<i>fluticasone propionate/salmeterol diskus</i>	1	QL(180 EA por 90 días)
<i>fluticasone propionate/salmeterol aepb 500mcg/act; 50mcg/act</i>	1	QL(180 EA por 90 días)
<i>fluticasone propionate/salmeterol aepb 113mcg/act; 14mcg/act, 232mcg/act; 14mcg/act, 55mcg/act; 14mcg/act</i>	1	QL(3 EA por 90 días)
<i>ipratropium bromide/albuterol sulfate</i>	1	PA BvD
STIOLTO RESPIMAT	1	QL(12 GM por 90 días)
TRELEGY ELLIPTA	1	QL(180 EA por 90 días)
<i>wixela inhub</i>	1	QL(180 EA por 90 días)
Agentes para fibrosis pulmonar		
OFEV	1	QL(60 EA por 30 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
<i>pirfenidone caps</i>	1	QL(270 EA por 30 días); PA; NEDS
<i>pirfenidone tabs 534mg</i>	1	QL(135 EA por 30 días); PA; NEDS
<i>pirfenidone tabs 267mg</i>	1	QL(270 EA por 30 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty

ID de formulario: 25503, Versión: 8, Fecha efectiva: 02/01/2025

Ultima actualización: 01/02/2025

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>pirfenidone tabs 801mg</i>	1	QL(90 EA por 30 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
Agentes para fibrosis quística		
CAYSTON	1	PA; NEDS
KALYDECO TABS	1	QL(56 EA por 28 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
KALYDECO PACK 13.4MG, 5.8MG	1	QL(56 EA por 28 días); PA; NEDS
KALYDECO PACK 25MG, 50MG, 75MG	1	QL(56 EA por 28 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
ORKAMBI TABS	1	QL(112 EA por 28 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
ORKAMBI PACK 94MG; 75MG	1	QL(56 EA por 28 días); PA; NEDS
ORKAMBI PACK 125MG; 100MG, 188MG; 150MG	1	QL(56 EA por 28 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
PULMOZYME	1	PA BvD; NEDS; SP-Optum Specialty
TOBI PODHALER	1	NEDS; SP-Optum Specialty
Antihipertensivos pulmonares		
ADEMPAS	1	PA; NEDS
<i>alyq</i>	1	PA; SP-Optum Specialty
<i>ambrisentan</i>	1	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
<i>bosentan</i>	1	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
OPSUMIT	1	PA; NEDS
ORENITRAM TITRATION KIT MONTH 1	1	PA; NEDS
ORENITRAM TITRATION KIT MONTH 2	1	PA; NEDS
ORENITRAM TITRATION KIT MONTH 3	1	PA; NEDS
ORENITRAM TBCR 0.125MG, 0.25MG, 1MG, 2.5MG	1	PA
ORENITRAM TBCR 5MG	1	PA; NEDS
<i>sildenafil citrate tabs</i>	1	PA; SP-Optum Specialty
<i>tadalafil tabs 20mg</i>	1	PA; SP-Optum Specialty
TRACLEER TBSO	1	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
VENTAVIS	1	PA; NEDS
Antihistamínicos		

ID de formulario: 25503, Versión: 8, Fecha efectiva: 02/01/2025

Ultima actualización: 01/02/2025

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>azelastine hcl nasal soln 0.15%</i>	1	QL(120 ML por 90 días)
<i>azelastine hydrochloride soln 0.1%</i>	1	QL(120 ML por 90 días)
<i>cyproheptadine hcl syrj</i>	1	
<i>cyproheptadine hydrochloride tabs</i>	1	
<i>desloratadine</i>	1	
<i>diphenhydramine hydrochloride inj</i>	1	
<i>hydroxyzine hcl inj 25mg/ml</i>	1	
<i>hydroxyzine hcl tabs 50mg</i>	1	
<i>hydroxyzine hydrochloride syrj</i>	1	
<i>hydroxyzine hydrochloride tabs 10mg, 25mg</i>	1	
<i>hydroxyzine pamoate caps</i>	1	
<i>levocetirizine dihydrochloride tabs</i>	1	
Antiinflamatorios, corticosteroides inhalados		
<i>budesonide susp 0.25mg/2ml, 0.5mg/2ml, 1mg/2ml</i>	1	PA BvD
FLOVENT DISKUS AEPB 100MCG/BLIST	1	QL(180 EA por 90 días); ST
FLOVENT DISKUS AEPB 250MCG/BLIST	1	QL(720 EA por 90 días); ST
FLOVENT DISKUS AEPB 50MCG/BLIST	1	ST
<i>flunisolide soln 0.025%</i>	1	QL(150 ML por 90 días)
<i>fluticasone propionate diskus aepb 100mcg/act</i>	1	QL(180 EA por 90 días); ST
<i>fluticasone propionate diskus aepb 250mcg/act</i>	1	QL(720 EA por 90 días); ST
<i>fluticasone propionate diskus aepb 50mcg/act</i>	1	ST
<i>fluticasone propionate hfa aero 44mcg/act</i>	1	QL(63.6 GM por 90 días); ST
<i>fluticasone propionate hfa aero 110mcg/act, 220mcg/act</i>	1	QL(72 GM por 90 días); ST
<i>fluticasone propionate susp 50mcg/act</i>	1	QL(48 GM por 90 días)
<i>mometasone furoate susp 50mcg/act</i>	1	QL(102 GM por 90 días)
QVAR REDHALER	1	QL(63.6 GM por 90 días)
Antileucotrienos		
<i>montelukast sodium chew, pack, tabs</i>	1	
<i>zafirlukast</i>	1	
Broncodilatadores, anticolinérgicos		
ATROVENT HFA	1	QL(77.4 GM por 90 días)
INCRUSE ELLIPTA	1	QL(30 EA por 30 días)
<i>ipratropium bromide inhalation soln</i>	1	PA BvD
<i>ipratropium bromide nasal soln 0.03%</i>	1	QL(180 ML por 90 días)
<i>ipratropium bromide nasal soln 0.06%</i>	1	QL(90 ML por 90 días)
LONHALA MAGNAIR REFILL KIT	1	NEDS
LONHALA MAGNAIR STARTER KIT	1	NEDS
SPIRIVA RESPIMAT	1	QL(12 GM por 90 días)

ID de formulario: 25503, Versión: 8, Fecha efectiva: 02/01/2025

Ultima actualización: 01/02/2025

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
Broncodilatadores, simpaticomimético		
<i>albuterol sulfate hfa aers 108mcg/act</i>	1	QL(108 GM por 90 días)
<i>albuterol sulfate hfa aers 108mcg/act</i>	1	QL(40.2 GM por 90 días)
<i>albuterol sulfate hfa aers 108mcg/act</i>	1	QL(51 GM por 90 días)
<i>albuterol sulfate syrp, tabs</i>	1	
<i>albuterol sulfate nebu</i>	1	PA BvD
<i>arformoterol tartrate</i>	1	PA BvD
<i>epinephrine inj 0.15mg/0.15ml, 0.15mg/0.3ml, 0.3mg/0.3ml</i>	1	QL(2 EA por 1 días)
<i>formoterol fumarate nebu</i>	1	PA BvD
<i>levalbuterol hcl nebu</i>	1	PA BvD
<i>levalbuterol hydrochloride nebu 0.63mg/3ml</i>	1	PA BvD
<i>levalbuterol nebu</i>	1	PA BvD
PROAIR RESPICLICK	1	QL(6 EA por 90 días)
SEREVENT DISKUS	1	QL(180 EA por 90 días)
STRIVERDI RESPIMAT	1	QL(12 GM por 90 días)
Estabilizadores de mastocitos		
<i>cromolyn sodium nebu 20mg/2ml</i>	1	PA BvD
Inhibidores de la fosfodiesterasa, enfermedad de las vías respiratorias		
<i>elixophyllin</i>	1	
<i>roflumilast</i>	1	
<i>theophylline er tb12, tb24</i>	1	
<i>theophylline elix</i>	1	
Agentes Terapéuticos, Misceláneos		
Agentes Terapéuticos, Misceláneos		
<i>alcohol prep pads</i>	1	
<i>b-d insulin syringe ultrafine ii/0.3ml/31g x 5/16"</i>	1	
<i>bd insulin syringe safetyglide/1ml/29g x 1/2"</i>	1	
<i>bd insulin syringe ultra-fine/0.5ml/30g x 12.7mm</i>	1	
<i>bd insulin syringe ultra-fine/1ml/31g x 8mm</i>	1	
<i>bd insulin syringe/u-100/1ml/27g x 1/2"</i>	1	
<i>bd insulin syringe/u-500/0.5ml/31g x 6mm</i>	1	
<i>bd pen needle/original/ultra-fine/29g x 12.7mm</i>	1	
<i>curity gauze pads 2"x2" 12 ply</i>	1	
<i>droplet pen needles 29gx10mm</i>	1	
<i>gauze pads 2"x2"</i>	1	
<i>gnp insulin syringe/0.3ml/30g x 5/16"</i>	1	
<i>gnp insulin syringe/0.5ml/30g x 5/16"</i>	1	
INTRALIPID	1	PA BvD
<i>levocarnitine</i>	1	
NUTRILIPID	1	PA BvD
OMNIPOD 5 DEXCOM G7G6 INTRO KIT (GEN 5)	1	
OMNIPOD 5 DEXCOM G7G6 PODS (GEN 5)	1	
OMNIPOD 5 G7 INTRO KIT (GEN 5)	1	

ID de formulario: 25503, Versión: 8, Fecha efectiva: 02/01/2025

Ultima actualización: 01/02/2025

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
OMNIPOD 5 G7 PODS (GEN 5)	1	
OMNIPOD 5 LIBRE2 PLUS G6	1	
OMNIPOD 5 LIBRE2 PLUS G6 PODS	1	
OMNIPOD CLASSIC PDM STARTER KIT (GEN 3)	1	
OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3)	1	
OMNIPOD DASH INTRO KIT (GEN 4)	1	
OMNIPOD DASH PDM KIT (GEN 4)	1	
OMNIPOD DASH PODS (GEN 4)	1	
OMNIPOD GO 10 UNITS/DAY	1	
OMNIPOD GO 15 UNITS/DAY	1	
OMNIPOD GO 20 UNITS/DAY	1	
OMNIPOD GO 25 UNITS/DAY	1	
OMNIPOD GO 30 UNITS/DAY	1	
OMNIPOD GO 35 UNITS/DAY	1	
OMNIPOD GO 40 UNITS/DAY	1	
<i>sodium chloride 0.9%</i>	1	
<i>sterile water for irrigation</i>	1	
<i>techlite insulin syringe u-100/0.5ml/30g x 1/2"</i>	1	
<i>trueplus insulin syringe /u-100/1ml/29g x 1/2"</i>	1	
<i>trueplus pen needles 29gx12mm</i>	1	
Agentes óticos		
<i>Agentes óticos</i>		
<i>acetic acid</i>	1	
<i>ciprofloxacin/dexamethasone</i>	1	
<i>ciprofloxacin soln 0.2%</i>	1	
CORTISPORIN-TC	1	
<i>flac</i>	1	
<i>fluocinolone acetonide oil 0.01%</i>	1	
<i>hydrocortisone/acetic acid</i>	1	
<i>neomycin/polymyxin/hc</i>	1	
<i>neomycin/polymyxin/hydrocortisone otic susp 1%; 3.5mg/ml; 10000unit/ml</i>	1	
<i>ofloxacin otic soln 0.3%</i>	1	
Analgésicos		
<i>Analgésicos opioides, de acción prolongada</i>		
<i>buprenorphine</i>	1	QL(4 EA por 28 días)
<i>fentanyl pt72 100mcg/hr, 12mcg/hr, 25mcg/hr, 50mcg/hr, 75mcg/hr</i>	1	QL(10 EA por 30 días)
<i>hydromorphone hcl er tb24 12mg, 16mg, 8mg</i>	1	QL(30 EA por 30 días)
<i>methadone hcl tabs</i>	1	QL(120 EA por 30 días)
<i>methadone hcl soln 5mg/5ml</i>	1	QL(1200 ML por 30 días)
<i>methadone hcl soln 10mg/5ml</i>	1	QL(600 ML por 30 días)
<i>morphine sulfate er tbc</i>	1	QL(60 EA por 30 días)
<i>tramadol hydrochloride er</i>	1	QL(30 EA por 30 días)

ID de formulario: 25503, Versión: 8, Fecha efectiva: 02/01/2025

Ultima actualización: 01/02/2025

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
Analgésicos opioides, de acción rápida		
<i>acetaminophen/codeine tabs</i>	1	QL(240 EA por 30 días)
<i>acetaminophen/codeine soln</i>	1	QL(3600 ML por 30 días)
<i>butorphanol tartrate soln</i>	1	QL(7.5 ML por 30 días)
<i>codeine sulfate tabs</i>	1	QL(180 EA por 30 días)
<i>endocet tabs 325mg; 10mg, 325mg; 2.5mg, 325mg; 5mg, 325mg; 7.5mg</i>	1	QL(240 EA por 30 días)
<i>fentanyl citrate oral transmucosal lpop 200mcg</i>	1	QL(120 EA por 30 días); PA
<i>fentanyl citrate oral transmucosal lpop 1200mcg, 1600mcg, 400mcg, 600mcg, 800mcg</i>	1	QL(120 EA por 30 días); PA; NEDS
<i>hydrocodone bitartrate/acetaminophen soln 325mg/15ml; 7.5mg/15ml</i>	1	QL(3600 ML por 30 días)
<i>hydrocodone bitartrate/acetaminophen tabs 300mg; 10mg, 300mg; 5mg, 300mg; 7.5mg, 325mg; 10mg, 325mg; 2.5mg, 325mg; 5mg</i>	1	QL(240 EA por 30 días)
<i>hydrocodone/acetaminophen tabs 325mg; 7.5mg</i>	1	QL(240 EA por 30 días)
<i>hydromorphone hcl liqd</i>	1	QL(1350 ML por 30 días)
<i>hydromorphone hcl tabs 8mg</i>	1	QL(120 EA por 30 días)
<i>hydromorphone hcl tabs 2mg, 4mg</i>	1	QL(240 EA por 30 días)
<i>morphine sulfate tabs</i>	1	QL(180 EA por 30 días)
<i>morphine sulfate soln 100mg/5ml</i>	1	QL(180 ML por 30 días)
<i>morphine sulfate soln 10mg/5ml, 20mg/5ml</i>	1	QL(900 ML por 30 días)
<i>oxycodone hydrochloride conc</i>	1	QL(120 ML por 30 días)
<i>oxycodone hydrochloride caps</i>	1	QL(240 EA por 30 días)
<i>oxycodone hydrochloride soln</i>	1	QL(2400 ML por 30 días)
<i>oxycodone hydrochloride tabs 20mg, 30mg</i>	1	QL(120 EA por 30 días)
<i>oxycodone hydrochloride tabs 10mg, 15mg</i>	1	QL(180 EA por 30 días)
<i>oxycodone hydrochloride tabs 5mg</i>	1	QL(240 EA por 30 días)
<i>oxycodone/acetaminophen tabs 325mg; 10mg, 325mg; 2.5mg, 325mg; 5mg, 325mg; 7.5mg</i>	1	QL(240 EA por 30 días)
<i>tramadol hydrochloride/acetaminophen</i>	1	QL(240 EA por 30 días)
<i>tramadol hydrochloride tabs 100mg</i>	1	QL(120 EA por 30 días)
<i>tramadol hydrochloride tabs 50mg</i>	1	QL(240 EA por 30 días)
Medicamentos antiinflamatorios no esteroideos		
<i>celecoxib caps</i>	1	
<i>diclofenac epolamine</i>	1	QL(60 EA por 30 días); PA
<i>diclofenac potassium tabs 50mg</i>	1	
<i>diclofenac sodium dr</i>	1	
<i>diclofenac sodium er</i>	1	
<i>diclofenac sodium gel 1%</i>	1	QL(960 GM por 30 días)
<i>diclofenac sodium external soln 1.5%</i>	1	
<i>diflunisal tabs 500mg</i>	1	

ID de formulario: 25503, Versión: 8, Fecha efectiva: 02/01/2025

Ultima actualización: 01/02/2025

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>ec-naproxen tbec 500mg</i>	1	
<i>etodolac er</i>	1	
<i>etodolac caps, tabs</i>	1	
<i>flurbiprofen tabs 100mg</i>	1	
<i>ibu</i>	1	
<i>ibuprofen susp</i>	1	
<i>ibuprofen tabs 400mg, 600mg, 800mg</i>	1	
<i>indomethacin caps 25mg, 50mg</i>	1	
<i>meloxicam tabs</i>	1	
<i>nabumetone tabs</i>	1	
<i>naproxen dr</i>	1	
<i>naproxen sodium cr tb24 375mg</i>	1	
<i>naproxen sodium tabs 275mg, 550mg</i>	1	
<i>naproxen susp</i>	1	
<i>naproxen tabs 250mg, 375mg, 500mg</i>	1	
<i>naproxen tbec 500mg</i>	1	
<i>oxaprozin tabs</i>	1	
<i>piroxicam caps</i>	1	
<i>salsalate tabs</i>	1	
<i>sulindac tabs</i>	1	
Anestésicos		
<i>Anestésicos locales</i>		
<i>glydo</i>	1	QL(100 ML por 30 días)
<i>lidocaine hcl jelly</i>	1	QL(100 ML por 30 días)
<i>lidocaine hcl prsy</i>	1	QL(100 ML por 30 días)
<i>lidocaine hcl inj 0.5%, 1.5%, 2%, 4%</i>	1	
<i>lidocaine hydrochloride external soln</i>	1	QL(100 ML por 30 días)
<i>lidocaine hydrochloride inj 1%, 2%</i>	1	
<i>lidocaine/prilocaine crea</i>	1	QL(60 GM por 30 días)
<i>lidocaine oint 5%</i>	1	QL(100 GM por 30 días)
<i>lidocaine ptch 5%</i>	1	QL(90 EA por 30 días); PA
<i>premium lidocaine</i>	1	QL(100 GM por 30 días)
Ansiolíticos		
<i>Ansiolíticos, otros</i>		
<i>bupirone hcl tabs 15mg</i>	1	
<i>bupirone hydrochloride tabs 10mg, 30mg, 5mg, 7.5mg</i>	1	
<i>Benzodiazepinas</i>		
<i>alprazolam</i>	1	
<i>alprazolam er</i>	1	
<i>clorazepate dipotassium tabs</i>	1	
<i>diazepam intensol</i>	1	
<i>diazepam soln, tabs</i>	1	
<i>lorazepam intensol</i>	1	

ID de formulario: 25503, Versión: 8, Fecha efectiva: 02/01/2025

Ultima actualización: 01/02/2025

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>lorazepam tabs</i>	1	
<i>oxazepam</i>	1	
Antibacterianos		
Aminoglicósidos		
<i>amikacin sulfate inj 1gm/4ml, 500mg/2ml</i>	1	HI
ARIKAYCE	1	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>	1	HI
<i>gentamicin sulfate crea 0.1%</i>	1	
<i>gentamicin sulfate inj 40mg/ml</i>	1	HI
<i>gentamicin sulfate oint 0.1%</i>	1	
<i>isotonic gentamicin inj 0.8mg/ml; 0.9%</i>	1	HI
<i>neomycin sulfate</i>	1	
<i>streptomycin sulfate inj 1gm</i>	1	NEDS
<i>tobramycin sulfate inj 1.2gm/30ml, 10mg/ml, 40mg/ml, 80mg/2ml</i>	1	HI
Antibacterianos, otros		
<i>aztreonam inj 1gm</i>	1	HI
<i>aztreonam inj 2gm</i>	1	NEDS; HI
<i>clindacin-p</i>	1	
<i>clindamycin hcl caps 300mg</i>	1	
<i>clindamycin hydrochloride caps 150mg, 75mg</i>	1	
<i>clindamycin palmitate hydrochloride</i>	1	
<i>clindamycin phosphate crea 2%</i>	1	
<i>clindamycin phosphate inj 9000mg/60ml, 900mg/6ml</i>	1	HI
<i>clindamycin phosphate swab 1%</i>	1	
<i>colistimethate sodium</i>	1	NEDS; HI
<i>daptomycin</i>	1	NEDS; HI
<i>daptomycin/sodium chloride</i>	1	HI
IMPAVIDO	1	NEDS
<i>linezolid tabs</i>	1	
<i>linezolid susr</i>	1	NEDS
<i>linezolid inj 600mg/300ml</i>	1	HI
<i>methenamine hippurate</i>	1	
<i>methenamine mandelate tabs 0.5gm, 1gm</i>	1	
<i>metronidazole vaginal</i>	1	
<i>metronidazole inj 500mg/100ml</i>	1	HI
<i>metronidazole tabs 250mg, 500mg</i>	1	
<i>nitrofurantoin macrocrystals</i>	1	
<i>nitrofurantoin monohydrate/macrocrystals</i>	1	
NUVESSA	1	
<i>tigecycline</i>	1	NEDS
<i>tinidazole</i>	1	
<i>trimethoprim tabs</i>	1	

ID de formulario: 25503, Versión: 8, Fecha efectiva: 02/01/2025

Ultima actualización: 01/02/2025

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>vancomycin hcl inj 0.9%; 1gm/200ml, 100gm, 10gm</i>	1	HI
<i>vancomycin hydrochloride caps</i>	1	
VANCOMYCIN HYDROCHLORIDE INJ 1GM	1	HI
<i>vancomycin hydrochloride inj 1.25gm, 1.5gm, 1.75gm, 2gm, 500mg, 5gm, 750mg</i>	1	HI
<i>vancomycin inj 0.9%; 500mg/100ml, 0.9%; 750mg/150ml</i>	1	HI
Betalactámico, cefalosporinas		
<i>cefaclor caps</i>	1	
<i>cefaclor susr 125mg/5ml, 375mg/5ml</i>	1	
<i>cefadroxil caps, susr</i>	1	
<i>cefazolin sodium/dextrose inj 1gm; 4%, 2gm; 3%</i>	1	HI
<i>cefazolin sodium inj 10gm, 1gm/50ml; 4%, 1gm, 2gm, 500mg</i>	1	HI
<i>cefazolin/dextrose inj 3gm/150ml; 4%</i>	1	HI
<i>cefazolin inj 2gm/100ml; 4%, 2gm, 3gm</i>	1	HI
<i>cefdinir</i>	1	
<i>cefepime</i>	1	HI
<i>cefepime hydrochloride inj 2gm</i>	1	HI
<i>cefepime/dextrose</i>	1	HI
<i>cefixime</i>	1	
<i>cefotetan inj 1gm, 2gm</i>	1	HI
<i>cefoxitin sodium inj 10gm, 1gm, 2gm</i>	1	HI
<i>cefpodoxime proxetil</i>	1	
<i>cefprozil</i>	1	
<i>ceftazidime inj 1gm, 2gm, 6gm</i>	1	HI
<i>ceftriaxone in iso-osmotic dextrose</i>	1	HI
<i>ceftriaxone sodium inj 10gm, 1gm, 250mg, 2gm, 500mg</i>	1	HI
<i>ceftriaxone/dextrose inj 1gm; 3.74%</i>	1	HI
<i>cefuroxime axetil tabs</i>	1	
<i>cefuroxime sodium inj 1.5gm, 750mg</i>	1	HI
<i>cephalexin</i>	1	
<i>tazicef inj 1gm, 2gm, 6gm</i>	1	HI
TEFLARO	1	NEDS; HI
Betalactámico, penicilinas		
<i>amoxicillin/clavulanate potassium</i>	1	
<i>amoxicillin/clavulanate potassium er</i>	1	
<i>amoxicillin chew 125mg, 250mg</i>	1	
<i>amoxicillin caps, susr, tabs</i>	1	
<i>ampicillin sodium inj</i>	1	HI
<i>ampicillin-sulbactam inj 10gm; 5gm, 1gm; 0.5gm</i>	1	HI
<i>ampicillin/sulbactam inj 2gm; 1gm</i>	1	HI
<i>ampicillin caps 500mg</i>	1	
BICILLIN L-A INJ 1200000UNIT/2ML, 2400000UNIT/4ML, 600000UNIT/ML	1	
<i>dicloxacillin sodium</i>	1	

ID de formulario: 25503, Versión: 8, Fecha efectiva: 02/01/2025

Ultima actualización: 01/02/2025

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>nafcillin sodium inj 10gm, 1gm, 2gm</i>	1	HI
<i>oxacillin sodium inj 10gm, 1gm, 2gm</i>	1	HI
<i>penicillin g potassium in iso-osmotic dextrose inj 0; 20000unit/ml</i>	1	HI
<i>penicillin g potassium inj 20000000unit, 5000000unit</i>	1	HI
PENICILLIN G SODIUM	1	NEDS; HI
<i>penicillin v potassium</i>	1	
<i>piperacillin sodium/tazobactam sodium</i>	1	HI
ZOSYN INJ 5%; 4GM/100ML; 0.5GM/100ML	1	HI
Carbapenemas		
<i>ertapenem</i>	1	HI
<i>ertapenem sodium</i>	1	HI
<i>imipenem/cilastatin</i>	1	HI
<i>meropenem</i>	1	HI
Macrólidos		
<i>azithromycin pack, susr, tabs</i>	1	
<i>azithromycin inj 500mg</i>	1	HI
<i>clarithromycin er</i>	1	
<i>clarithromycin susr, tabs</i>	1	
DIFICID	1	NEDS
<i>erythromycin dr</i>	1	
<i>erythromycin ethylsuccinate tabs</i>	1	
Quinolonas		
<i>ciprofloxacin hcl tabs 100mg, 750mg</i>	1	
<i>ciprofloxacin hydrochloride tabs 250mg, 500mg</i>	1	
<i>ciprofloxacin i.v.-in d5w</i>	1	HI
<i>ciprofloxacin susr 500mg/5ml, 5gm/100ml</i>	1	
<i>levofloxacin in d5w</i>	1	HI
<i>levofloxacin oral soln 25mg/ml</i>	1	
<i>levofloxacin tabs 250mg, 500mg, 750mg</i>	1	
<i>moxifloxacin hydrochloride/sodium hydrochloride</i>	1	HI
<i>moxifloxacin hydrochloride tabs 400mg</i>	1	
Sulfonamidas		
<i>sulfacetamide sodium lotn 10%</i>	1	
<i>sulfadiazine tabs</i>	1	
<i>sulfamethoxazole/trimethoprim ds</i>	1	
<i>sulfamethoxazole/trimethoprim susp, tabs</i>	1	
Tetraciclínas		
DOXY 100	1	HI
<i>doxycycline hyclate caps</i>	1	
<i>doxycycline hyclate inj</i>	1	HI
<i>doxycycline hyclate tabs 100mg, 150mg, 20mg</i>	1	
<i>doxycycline monohydrate caps 100mg, 50mg</i>	1	
<i>doxycycline monohydrate tabs</i>	1	

ID de formulario: 25503, Versión: 8, Fecha efectiva: 02/01/2025

Ultima actualización: 01/02/2025

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>doxycycline susr</i>	1	
<i>minocycline hcl caps 75mg</i>	1	
<i>minocycline hcl tabs</i>	1	
<i>minocycline hydrochloride caps 100mg, 50mg</i>	1	
<i>mondoxyne nl caps 100mg</i>	1	
<i>tetracycline hydrochloride caps</i>	1	
VIBRAMYCIN SYRP	1	
Anticonvulsivos		
Agentes de modificación de los canales de calcio		
<i>ethosuximide</i>	1	
<i>methsuximide</i>	1	
Agentes moduladores del ácido gamma-aminobutírico (gamma-aminobutyric acid, GABA)		
<i>clobazam susp</i>	1	
<i>clobazam tabs</i>	1	QL(60 EA por 30 días)
<i>clonazepam odt</i>	1	
<i>clonazepam tabs</i>	1	
DIACOMIT	1	PA NSO; NEDS
<i>diazepam rectal gel</i>	1	
<i>divalproex sodium dr</i>	1	
<i>divalproex sodium er</i>	1	
<i>gabapentin caps, soln</i>	1	
<i>gabapentin tabs 600mg, 800mg</i>	1	
LIBERVANT	1	QL(10 EA por 30 días)
<i>phenobarbital elix 20mg/5ml</i>	1	
<i>phenobarbital tabs 100mg, 15mg, 16.2mg, 30mg, 32.4mg, 60mg, 64.8mg, 97.2mg</i>	1	
<i>pregabalin</i>	1	
<i>primidone tabs</i>	1	
SYMPAZAN FILM 5MG	1	
SYMPAZAN FILM 10MG, 20MG	1	NEDS
<i>tiagabine hydrochloride</i>	1	
VALTOCO 10 MG DOSE	1	QL(10 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
VALTOCO 15 MG DOSE	1	QL(10 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
VALTOCO 20 MG DOSE	1	QL(10 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
VALTOCO 5 MG DOSE	1	QL(10 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
<i>vigabatrin</i>	1	NEDS
<i>vigadrone</i>	1	NEDS
VIGAFYDE	1	PA NSO; NEDS
<i>vigpoder</i>	1	NEDS

ID de formulario: 25503, Versión: 8, Fecha efectiva: 02/01/2025

Ultima actualización: 01/02/2025

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
ZTALMY	1	PA NSO; NEDS
Agentes para los canales de sodio		
APTIOM	1	
<i>carbamazepine er</i>	1	
<i>carbamazepine chew 100mg</i>	1	
<i>carbamazepine susp, tabs</i>	1	
<i>epitol</i>	1	
<i>lacosamide inj, oral soln</i>	1	
LACOSAMIDE TABS 100MG, 150MG	1	QL(60 EA por 30 días)
<i>lacosamide tabs 200mg, 50mg</i>	1	QL(60 EA por 30 días)
<i>oxcarbazepine</i>	1	
<i>phenytek</i>	1	
<i>phenytoin sodium extended</i>	1	
<i>phenytoin chew, susp</i>	1	
<i>rufinamide susp</i>	1	NEDS
<i>rufinamide tabs 200mg</i>	1	
<i>rufinamide tabs 400mg</i>	1	NEDS
XCOPRI TABS	1	NEDS
XCOPRI TBPK 0	1	
XCOPRI TBPK 0	1	NEDS
ZONISADE	1	
<i>zonisamide</i>	1	
Anticonvulsivos, otros		
BRIVIACT SOLN, TABS	1	NEDS
EPIDIOLEX	1	PA NSO; NEDS
EPRONTIA	1	
<i>felbamate</i>	1	
FINTEPLA	1	PA NSO; NEDS
FYCOMPA	1	
<i>lamotrigine er</i>	1	
<i>lamotrigine odt</i>	1	
<i>lamotrigine starter kit/blue</i>	1	
<i>lamotrigine starter kit/green</i>	1	
<i>lamotrigine starter kit/orange</i>	1	
<i>lamotrigine chew, tabs</i>	1	
<i>levetiracetam er</i>	1	
<i>levetiracetam oral soln, tabs</i>	1	
<i>levetiracetam inj 500mg/5ml</i>	1	
NAYZILAM	1	QL(10 EA por 30 días); PA NSO
<i>roweepra tabs 500mg</i>	1	
SPRITAM	1	
<i>subvenite</i>	1	
<i>subvenite starter kit/blue</i>	1	

ID de formulario: 25503, Versión: 8, Fecha efectiva: 02/01/2025

Ultima actualización: 01/02/2025

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>subvenite starter kit/green</i>	1	
<i>subvenite starter kit/orange</i>	1	
<i>topiramate csp, tabs</i>	1	
<i>valproic acid</i>	1	
Antidepresivos		
<i>Antidepresivos, otros</i>		
AUVELITY	1	
<i>bupropion hcl tabs 100mg</i>	1	
<i>bupropion hydrochloride er (sr) tb12 100mg, 150mg, 200mg</i>	1	
<i>bupropion hydrochloride er (xl) tb24 150mg, 300mg</i>	1	
<i>bupropion hydrochloride tabs 75mg</i>	1	
<i>mirtazapine odt</i>	1	
<i>mirtazapine tabs</i>	1	
ZURZUVAE CAPS 30MG	1	QL(14 EA por 14 días); PA NSO; NEDS
ZURZUVAE CAPS 20MG, 25MG	1	QL(28 EA por 14 días); PA NSO; NEDS
<i>Inhibidores de la monoaminoxidasa</i>		
EMSAM	1	ST NSO; NEDS
MARPLAN	1	
<i>phenelzine sulfate</i>	1	
<i>tranylcypromine sulfate</i>	1	
<i>Tricíclicos</i>		
<i>amitriptyline hcl tabs 100mg, 150mg, 25mg, 75mg</i>	1	
<i>amitriptyline hydrochloride tabs 100mg, 10mg, 50mg</i>	1	
<i>amoxapine</i>	1	
<i>clomipramine hydrochloride</i>	1	
<i>desipramine hydrochloride</i>	1	
<i>doxepin hcl caps 75mg</i>	1	
<i>doxepin hcl conc</i>	1	
<i>doxepin hydrochloride caps 100mg, 10mg, 150mg, 25mg, 50mg</i>	1	
<i>imipramine hcl tabs 25mg, 50mg</i>	1	
<i>imipramine hydrochloride tabs 10mg</i>	1	
<i>nortriptyline hcl caps 25mg, 75mg</i>	1	
<i>nortriptyline hcl soln</i>	1	
<i>nortriptyline hydrochloride caps 10mg, 50mg</i>	1	
<i>protriptyline hcl</i>	1	
<i>trimipramine maleate caps</i>	1	
Antidepressants		
<i>SSRIs/SNRIs (Selective Serotonin Reuptake Inhibitors/Serotonin and Norepinephrine Reuptake Inhibitor)</i>		
<i>citalopram hydrobromide</i>	1	
<i>desvenlafaxine er</i>	1	

ID de formulario: 25503, Versión: 8, Fecha efectiva: 02/01/2025

Ultima actualización: 01/02/2025

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
DRIZALMA SPRINKLE CSDR 20MG, 60MG	1	QL(60 EA por 30 días)
DRIZALMA SPRINKLE CSDR 30MG, 40MG	1	QL(90 EA por 30 días)
<i>duloxetine hcl</i>	1	QL(90 EA por 30 días)
<i>duloxetine hydrochloride cpep 20mg, 60mg</i>	1	QL(60 EA por 30 días)
<i>duloxetine hydrochloride cpep 30mg</i>	1	QL(90 EA por 30 días)
<i>escitalopram oxalate</i>	1	
FETZIMA	1	ST NSO
FETZIMA TITRATION PACK	1	ST NSO
<i>fluoxetine dr</i>	1	
<i>fluoxetine hydrochloride</i>	1	
<i>fluvoxamine maleate</i>	1	
<i>nefazodone hydrochloride</i>	1	
<i>paroxetine hcl</i>	1	
<i>paroxetine hydrochloride</i>	1	
<i>sertraline hcl</i>	1	
<i>sertraline hydrochloride</i>	1	
<i>trazodone hydrochloride</i>	1	
TRINTELLIX	1	
<i>venlafaxine hcl er</i>	1	
<i>venlafaxine hydrochloride</i>	1	
<i>venlafaxine hydrochloride er</i>	1	
VIIBRYD STARTER PACK	1	
<i>vilazodone hydrochloride</i>	1	
Antieméticos		
Adyuvantes para terapia emetogénica		
<i>aprepitant caps 0, 40mg, 80mg</i>	1	PA BvD
<i>aprepitant caps 125mg</i>	1	PA BvD; NEDS
<i>dronabinol</i>	1	PA BvD
<i>granisetron hydrochloride tabs</i>	1	PA BvD
<i>ondansetron hcl soln</i>	1	PA BvD
<i>ondansetron hcl tabs 24mg</i>	1	PA BvD
<i>ondansetron hydrochloride tabs</i>	1	PA BvD
<i>ondansetron odt tbdp 4mg, 8mg</i>	1	PA BvD
Antieméticos, otros		
<i>meclizine hcl tabs</i>	1	
<i>prochlorperazine edisylate inj 10mg/2ml</i>	1	
<i>prochlorperazine maleate tabs</i>	1	
<i>prochlorperazine supp 25mg</i>	1	
<i>promethazine hcl inj</i>	1	
<i>promethazine hcl tabs 12.5mg</i>	1	
<i>promethazine hydrochloride plain</i>	1	
<i>promethazine hydrochloride tabs 25mg, 50mg</i>	1	
<i>scopolamine</i>	1	
Antimicobacterianos		

ID de formulario: 25503, Versión: 8, Fecha efectiva: 02/01/2025

Ultima actualización: 01/02/2025

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
Antimicobacterianos, otros		
DAPSONE TABS	1	
<i>rifabutin</i>	1	
Antituberculosos		
<i>ethambutol hydrochloride</i>	1	
<i>isoniazid syrp, tabs</i>	1	
PRIFTIN	1	
<i>pyrazinamide tabs</i>	1	
<i>rifampin caps, inj</i>	1	
SIRTURO	1	PA; NEDS
TRECTOR	1	
Antimicóticos		
Antimicóticos		
ABELCET	1	PA
<i>amphotericin b</i>	1	PA
<i>amphotericin b liposome</i>	1	PA; NEDS
<i>clotrimazole</i>	1	
<i>econazole nitrate</i>	1	
<i>fluconazole</i>	1	
<i>fluconazole in sodium chloride</i>	1	
<i>flucytosine</i>	1	NEDS
<i>griseofulvin microsize</i>	1	
<i>griseofulvin ultramicrosize</i>	1	
<i>itraconazole</i>	1	
<i>ketoconazole sham, tabs</i>	1	
<i>ketoconazole crea</i>	1	QL(120 GM por 30 días)
<i>klayesta</i>	1	
<i>micafungin</i>	1	
<i>miconazole 3</i>	1	
<i>naftifine hcl</i>	1	
<i>naftifine hydrochloride</i>	1	
<i>nyamyc</i>	1	
<i>nystatin</i>	1	
<i>nystop</i>	1	
<i>posaconazole</i>	1	NEDS
<i>posaconazole dr</i>	1	NEDS
<i>terbinafine hcl</i>	1	QL(42 EA por 42 días)
<i>terconazole</i>	1	
<i>voriconazole tabs</i>	1	
<i>voriconazole susr</i>	1	NEDS
<i>voriconazole inj</i>	1	PA; NEDS
Antineoplásicos		
Agentes alquilantes		
<i>cyclophosphamide tabs</i>	1	PA BvD

ID de formulario: 25503, Versión: 8, Fecha efectiva: 02/01/2025

Ultima actualización: 01/02/2025

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>cyclophosphamide caps</i>	1	PA BvD; SP-Optum Specialty
GLEOSTINE CAPS 100MG, 10MG, 40MG	1	
LEUKERAN	1	NEDS
MATULANE	1	NEDS
VALCHLOR	1	NEDS; SP-Optum Specialty
Agentes antiangiogénicos		
<i>lenalidomide caps 2.5mg, 20mg</i>	1	PA NSO; NEDS
<i>lenalidomide caps 10mg, 15mg, 25mg, 5mg</i>	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
POMALYST	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
REVLIMID	1	PA NSO; NEDS
THALOMID	1	NEDS; SP-Optum Specialty
Antiandrogénicos		
<i>abiraterone acetate</i>	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
<i>bicalutamide</i>	1	
ERLEADA TABS 240MG	1	PA NSO; NEDS
ERLEADA TABS 60MG	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
<i>flutamide</i>	1	
<i>nilutamide</i>	1	NEDS
NUBEQA	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
XTANDI	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
Anticuerpos monoclonales/conjugados anticuerpo-fármaco		
DARZALEX	1	NEDS
OPDIVO	1	NEDS
YERVOY	1	NEDS
Antiestrógenos/modificadores		
EMCYT	1	NEDS
ORSERDU	1	PA NSO; NEDS
SOLTAMOX	1	NEDS
<i>tamoxifen citrate tabs</i>	1	
<i>toremifene citrate</i>	1	NEDS
Antimetabolitos		
DROXIA	1	
<i>hydroxyurea caps</i>	1	
<i>mercaptopurine tabs</i>	1	
PURIXAN	1	NEDS

ID de formulario: 25503, Versión: 8, Fecha efectiva: 02/01/2025

Ultima actualización: 01/02/2025

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
TABLOID	1	SP-Optum Specialty
<i>Antineoplásicos, otros</i>		
AKEEGA	1	PA NSO; NEDS
<i>bortezomib inj 1mg, 2.5mg</i>	1	
<i>bortezomib inj 3.5mg/1.4ml, 3.5mg</i>	1	NEDS
<i>boruzu</i>	1	
DOCETAXEL INJ 160MG/8ML	1	
<i>docetaxel inj 20mg/ml, 80mg/4ml</i>	1	
IBRANCE TABS 100MG, 125MG, 75MG	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
INREBIC	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
ITOVEBI TABS 9MG	1	PA NSO; NEDS
ITOVEBI TABS 3MG	1	QL(60 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
IWILFIN	1	PA NSO; NEDS
KISQALI FEMARA 200 DOSE	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
KISQALI FEMARA 400 DOSE	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
KISQALI FEMARA 600 DOSE	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
LAZCLUZE TABS 240MG	1	PA NSO; NEDS
LAZCLUZE TABS 80MG	1	QL(60 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
<i>leucovorin calcium tabs</i>	1	
LONSURF	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
LYSODREN	1	NEDS
OGSIVEO	1	PA NSO; NEDS
OJEMDA	1	PA NSO; NEDS
ONUREG	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
<i>paclitaxel inj 100mg/16.7ml, 150mg/25ml, 300mg/50ml, 30mg/5ml</i>	1	
SYNRIBO	1	NEDS
TRUSELTIQ	1	PA NSO; NEDS
VONJO	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
ZOLINZA	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
<i>Complementos del tratamiento</i>		
MESNEX TABS	1	NEDS
VORANIGO TABS 40MG	1	PA NSO; NEDS

ID de formulario: 25503, Versión: 8, Fecha efectiva: 02/01/2025

Ultima actualización: 01/02/2025

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
VORANIGO TABS 10MG	1	QL(60 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
<i>Inhibidores de enzimas</i>		
KYPROLIS	1	NEDS
<i>Inhibidores de la aromataasa, tercera generación</i>		
<i>anastrozole tabs</i>	1	
<i>exemestane</i>	1	
<i>letrozole</i>	1	
<i>Inhibidores moleculares dirigidos</i>		
ALECENSA	1	PA NSO; NEDS; SP- Optum Specialty
ALUNBRIG	1	PA NSO; NEDS
AUGTYRO	1	PA NSO; NEDS
AYVAKIT	1	QL(30 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
BALVERSA	1	PA NSO; NEDS
BOSULIF CAPS 50MG	1	PA NSO; NEDS
BOSULIF CAPS 100MG	1	QL(120 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
BOSULIF TABS 100MG	1	QL(120 EA por 30 días); PA NSO; NEDS; SP- Optum Specialty
BOSULIF TABS 400MG, 500MG	1	QL(30 EA por 30 días); PA NSO; NEDS; SP- Optum Specialty
BRAFTOVI CAPS 75MG	1	PA NSO; NEDS; SP- Optum Specialty
BRUKINSA	1	PA NSO; NEDS
CABOMETYX	1	PA NSO; NEDS; SP- Optum Specialty
CALQUENCE TABS	1	PA NSO; NEDS
CALQUENCE CAPS	1	PA NSO; NEDS; SP- Optum Specialty
CAPRELSA TABS 300MG	1	QL(30 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
CAPRELSA TABS 100MG	1	QL(60 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
COMETRIQ	1	PA NSO; NEDS; SP- Optum Specialty
COPIKTRA	1	PA NSO; NEDS; SP- Optum Specialty
COTELLIC	1	PA NSO; NEDS; SP- Optum Specialty
<i>dasatinib</i>	1	PA NSO; NEDS

ID de formulario: 25503, Versión: 8, Fecha efectiva: 02/01/2025

Ultima actualización: 01/02/2025

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
DAURISMO	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
ERIVEDGE	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
<i>erlotinib hydrochloride tabs 150mg, 25mg</i>	1	QL(30 EA por 30 días); NEDS; SP-Optum Specialty
<i>erlotinib hydrochloride tabs 100mg</i>	1	QL(90 EA por 30 días); NEDS; SP-Optum Specialty
<i>everolimus tabs 10mg, 2.5mg, 5mg, 7.5mg</i>	1	QL(30 EA por 30 días); PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
<i>everolimus tbso 2mg, 3mg, 5mg</i>	1	QL(60 EA por 30 días); PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
EXKIVITY	1	PA NSO; NEDS
FOTIVDA	1	PA NSO; NEDS
FRUZAQLA	1	PA NSO; NEDS
GAVRETO	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
<i>gefitinib</i>	1	PA NSO; NEDS
GILOTRIF	1	PA NSO; NEDS
IBRANCE CAPS 100MG, 125MG, 75MG	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
ICLUSIG	1	PA NSO; NEDS
IDHIFA	1	QL(30 EA por 30 días); PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
<i>imatinib mesylate</i>	1	NEDS; SP-Optum Specialty
IMBRUVICA SUSP	1	PA NSO; NEDS
IMBRUVICA CAPS, TABS	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
INLYTA	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
INQOVI	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
JAKAFI	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
JAYPIRCA	1	PA NSO; NEDS
KISQALI	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
KOSELUGO	1	PA NSO; NEDS

ID de formulario: 25503, Versión: 8, Fecha efectiva: 02/01/2025

Ultima actualización: 01/02/2025

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
KRAZATI	1	PA NSO; NEDS
<i>lapatinib ditosylate</i>	1	QL(180 EA por 30 días); PA NSO; NEDS; SP- Optum Specialty
LENVIMA 10 MG DAILY DOSE	1	PA NSO; NEDS; SP- Optum Specialty
LENVIMA 12MG DAILY DOSE	1	PA NSO; NEDS; SP- Optum Specialty
LENVIMA 14 MG DAILY DOSE	1	PA NSO; NEDS; SP- Optum Specialty
LENVIMA 18 MG DAILY DOSE	1	PA NSO; NEDS; SP- Optum Specialty
LENVIMA 20 MG DAILY DOSE	1	PA NSO; NEDS; SP- Optum Specialty
LENVIMA 24 MG DAILY DOSE	1	PA NSO; NEDS; SP- Optum Specialty
LENVIMA 4 MG DAILY DOSE	1	PA NSO; NEDS; SP- Optum Specialty
LENVIMA 8 MG DAILY DOSE	1	PA NSO; NEDS; SP- Optum Specialty
LORBRENA	1	PA NSO; NEDS; SP- Optum Specialty
LUMAKRAS TABS 240MG, 320MG	1	PA NSO; NEDS
LUMAKRAS TABS 120MG	1	PA NSO; NEDS; SP- Optum Specialty
LYNPARZA TABS	1	PA NSO; NEDS; SP- Optum Specialty
LYTGOBI	1	PA NSO; NEDS
MEKINIST SOLR	1	PA NSO; NEDS
MEKINIST TABS	1	PA NSO; NEDS; SP- Optum Specialty
MEKTOVI	1	PA NSO; NEDS; SP- Optum Specialty
NERLYNX	1	PA NSO; NEDS; SP- Optum Specialty
NINLARO	1	PA NSO; NEDS; SP- Optum Specialty
ODOMZO	1	PA NSO; NEDS; SP- Optum Specialty
OJJAARA	1	PA NSO; NEDS
<i>pazopanib hydrochloride</i>	1	QL(120 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
PEMAZYRE	1	PA NSO; NEDS

ID de formulario: 25503, Versión: 8, Fecha efectiva: 02/01/2025

Ultima actualización: 01/02/2025

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
PIQRAY 200MG DAILY DOSE	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
PIQRAY 250MG DAILY DOSE	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
PIQRAY 300MG DAILY DOSE	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
QINLOCK	1	PA NSO; NEDS
RETEVMO CAPS	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
RETEVMO TABS 120MG, 160MG	1	PA NSO; NEDS
RETEVMO TABS 80MG	1	QL(60 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
RETEVMO TABS 40MG	1	QL(90 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
REZLIDHIA	1	PA NSO; NEDS
ROZLYTREK PACK	1	PA NSO; NEDS
ROZLYTREK CAPS	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
RUBRACA	1	QL(120 EA por 30 días); PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
RYDAPT	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
SCEMBLIX TABS 20MG, 40MG	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
SCEMBLIX TABS 100MG	1	QL(120 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
<i>sorafenib</i>	1	QL(220 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
<i>sorafenib tosylate</i>	1	QL(220 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
SPRYCEL	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
STIVARGA	1	QL(90 EA por 30 días); PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
<i>sunitinib malate</i>	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
TABRECTA	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
TAFINLAR TBSO	1	PA NSO; NEDS
TAFINLAR CAPS	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty

ID de formulario: 25503, Versión: 8, Fecha efectiva: 02/01/2025

Ultima actualización: 01/02/2025

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
TAGRISO	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
TALZENNA CAPS 0.1MG, 0.35MG	1	PA NSO; NEDS
TALZENNA CAPS 0.25MG, 0.5MG, 0.75MG, 1MG	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
TASIGNA	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
TAZVERIK	1	PA NSO; NEDS
TEPMETKO	1	PA NSO; NEDS
TIBSOVO	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
TRUQAP	1	PA NSO; NEDS
TUKYSA	1	PA NSO; NEDS
TURALIO	1	PA NSO; NEDS
VANFLYTA	1	PA NSO; NEDS
VENCLEXTA STARTING PACK	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
VENCLEXTA TABS 100MG	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
VENCLEXTA TABS 10MG, 50MG	1	PA NSO; SP-Optum Specialty
VERZENIO	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
VITRAKVI	1	PA NSO; NEDS
VIZIMPRO	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
XALKORI CPSP	1	PA NSO; NEDS
XALKORI CAPS	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
XOSPATA	1	PA NSO; NEDS
XPOVIO	1	PA NSO; NEDS
XPOVIO 60 MG TWICE WEEKLY	1	PA NSO; NEDS
XPOVIO 80 MG TWICE WEEKLY	1	PA NSO; NEDS
ZEJULA TABS	1	PA NSO; NEDS
ZEJULA CAPS	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
ZELBORAF	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
ZYDELIG	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
ZYKADIA TABS	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
Retinoides		

ID de formulario: 25503, Versión: 8, Fecha efectiva: 02/01/2025

Ultima actualización: 01/02/2025

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>bexarotene caps</i>	1	NEDS; SP-Optum Specialty
<i>bexarotene gel</i>	1	PA NSO; NEDS
PANRETIN	1	NEDS
<i>tretinoin caps 10mg</i>	1	NEDS; SP-Optum Specialty
Antiparasitarios		
Antihelmínticos		
<i>albendazole tabs</i>	1	
<i>ivermectin tabs</i>	1	
<i>praziquantel tabs</i>	1	
Antiprotozoico		
<i>atovaquone</i>	1	
<i>atovaquone/proguanil hcl</i>	1	
<i>chloroquine phosphate tabs</i>	1	
COARTEM	1	QL(24 EA por 3 días)
<i>hydroxychloroquine sulfate tabs 200mg</i>	1	
<i>mefloquine hydrochloride</i>	1	
<i>nitazoxanide</i>	1	
<i>pentamidine isethionate inj</i>	1	
<i>pentamidine isethionate inhalation solr</i>	1	PA BvD
<i>primaquine phosphate tabs</i>	1	
<i>pyrimethamine tabs</i>	1	NEDS
<i>quinine sulfate caps 324mg</i>	1	PA
Antipsicóticos		
Primera generación/típico		
<i>chlorpromazine hcl tabs</i>	1	
<i>chlorpromazine hydrochloride conc, tabs</i>	1	
<i>fluphenazine decanoate inj</i>	1	
<i>fluphenazine hcl conc</i>	1	
<i>fluphenazine hcl tabs 1mg</i>	1	
<i>fluphenazine hydrochloride elix, inj</i>	1	
<i>fluphenazine hydrochloride tabs 10mg, 2.5mg, 5mg</i>	1	
<i>haloperidol decanoate inj</i>	1	
<i>haloperidol lactate</i>	1	
<i>haloperidol conc, tabs</i>	1	
<i>loxapine</i>	1	
<i>molindone hydrochloride</i>	1	
<i>perphenazine tabs</i>	1	
<i>pimozide</i>	1	
<i>thioridazine hcl tabs 100mg, 10mg, 25mg, 50mg</i>	1	
<i>thiothixene caps 10mg, 1mg, 2mg, 5mg</i>	1	
<i>trifluoperazine hcl tabs 10mg, 2mg, 5mg</i>	1	
<i>trifluoperazine hydrochloride tabs 1mg</i>	1	

ID de formulario: 25503, Versión: 8, Fecha efectiva: 02/01/2025

Ultima actualización: 01/02/2025

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
Resistente al tratamiento		
<i>clozapine odt</i>	1	
<i>clozapine tabs 100mg, 200mg, 25mg, 50mg</i>	1	
VERSACLOZ	1	NEDS
Segunda generación/atípico		
ABILIFY ASIMTUFII	1	NEDS
ABILIFY MAINTENA	1	NEDS
ABILIFY MYCITE MAINTENANCE KIT TBPk 10MG	1	QL(30 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
ABILIFY MYCITE STARTER KIT TBPk 15MG, 20MG, 2MG, 30MG, 5MG	1	QL(30 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
<i>aripiprazole</i>	1	
<i>aripiprazole odt</i>	1	
ARISTADA	1	NEDS
ARISTADA INITIO	1	NEDS
<i>asenapine maleate sl</i>	1	ST NSO
CAPLYTA	1	QL(30 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
FANAPT	1	ST NSO; NEDS
FANAPT TITRATION PACK	1	ST NSO
INVEGA HAFYERA	1	NEDS
INVEGA SUSTENNA INJ 39MG/0.25ML	1	
INVEGA SUSTENNA INJ 117MG/0.75ML, 156MG/ML, 234MG/1.5ML, 78MG/0.5ML	1	NEDS
INVEGA TRINZA	1	NEDS
<i>lurasidone hydrochloride tabs 120mg, 20mg, 40mg, 60mg</i>	1	QL(30 EA por 30 días)
<i>lurasidone hydrochloride tabs 80mg</i>	1	QL(60 EA por 30 días)
LYBALVI	1	PA NSO; NEDS
NUPLAZID CAPS	1	QL(60 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
NUPLAZID TABS 10MG	1	QL(60 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
<i>olanzapine</i>	1	
<i>olanzapine odt</i>	1	
OPIPZA	1	PA NSO; NEDS
<i>paliperidone er</i>	1	
PERSERIS	1	NEDS
<i>quetiapine fumarate tabs 100mg, 150mg, 200mg, 300mg, 400mg</i>	1	
<i>quetiapine fumarate tabs 25mg, 50mg</i>	1	QL(60 EA por 30 días)
REXULTI	1	NEDS
RISPERDAL CONSTA INJ 12.5MG, 25MG	1	
RISPERDAL CONSTA INJ 37.5MG, 50MG	1	NEDS
<i>risperidone</i>	1	

ID de formulario: 25503, Versión: 8, Fecha efectiva: 02/01/2025

Ultima actualización: 01/02/2025

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>risperidone er inj 12.5mg, 25mg</i>	1	
<i>risperidone er inj 37.5mg, 50mg</i>	1	NEDS
<i>risperidone odt</i>	1	
SECUADO	1	NEDS
VRAYLAR CPPK	1	
VRAYLAR CAPS	1	NEDS
<i>ziprasidone hcl</i>	1	
<i>ziprasidone mesylate</i>	1	
ZYPREXA RELPREVV INJ 210MG	1	
ZYPREXA RELPREVV INJ 300MG, 405MG	1	NEDS
Antivírico		
<i>Agentes anti-VIH, inhibidores de la proteasa (IP)</i>		
APTIVUS CAPS	1	NEDS
<i>atazanavir</i>	1	
<i>atazanavir sulfate caps 300mg</i>	1	
<i>darunavir</i>	1	NEDS
EVOTAZ	1	NEDS
<i>fosamprenavir calcium</i>	1	NEDS
LEXIVA SUSP	1	
<i>lopinavir/ritonavir</i>	1	
NORVIR PACK, SOLN	1	
PREZCOBIX	1	NEDS
PREZISTA SUSP	1	NEDS
PREZISTA TABS 75MG	1	
PREZISTA TABS 150MG	1	NEDS
REYATAZ PACK	1	NEDS
<i>ritonavir</i>	1	
SYMTUZA	1	NEDS
VIRACEPT TABS 250MG	1	
VIRACEPT TABS 625MG	1	NEDS
<i>Agentes anti-VIH, otros</i>		
FUZEON	1	NEDS
<i>maraviroc tabs 300mg</i>	1	QL(120 EA por 30 días); NEDS
<i>maraviroc tabs 150mg</i>	1	QL(60 EA por 30 días); NEDS
RUKOBIA	1	NEDS
SELZENTRY SOLN	1	QL(1800 ML por 30 días)
SELZENTRY TABS 25MG	1	
SELZENTRY TABS 75MG	1	NEDS
SUNLENCA TBPK	1	NEDS
TYBOST	1	
<i>Agentes anticitomegalovirus (CMV)</i>		
<i>cidofovir</i>	1	NEDS

ID de formulario: 25503, Versión: 8, Fecha efectiva: 02/01/2025

Ultima actualización: 01/02/2025

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
LIVTENCITY	1	PA; NEDS
PREVYMIS TABS	1	PA; NEDS
<i>valganciclovir</i>	1	
<i>valganciclovir hydrochloride</i>	1	NEDS
Agentes antigripales		
<i>amantadine hcl caps, soln, tabs</i>	1	
<i>oseltamivir phosphate caps, susr</i>	1	
RELENZA DISKHALER	1	
<i>rimantadine hydrochloride</i>	1	
XOFLUZA TBPk 40MG, 80MG	1	QL(1 EA por 7 días)
Agentes antihepatitis C (VHC)		
MAVYRET	1	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
<i>ribavirin caps</i>	1	SP-Optum Specialty
<i>ribavirin tabs 200mg</i>	1	SP-Optum Specialty
<i>sofosbuvir/velpatasvir</i>	1	PA; NEDS
VOSEVI	1	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
Agentes antiherpéticos		
<i>acyclovir sodium inj 50mg/ml</i>	1	PA
<i>acyclovir caps, susp, tabs</i>	1	
<i>famciclovir tabs</i>	1	
<i>valacyclovir hydrochloride</i>	1	
Agentes contra el VIH, inhibidores de la integrasa (II)		
BIKTARVY	1	NEDS
DOVATO	1	NEDS
GENVOYA	1	NEDS
ISENTRESS HD	1	QL(60 EA por 30 días); NEDS
ISENTRESS PACK	1	
ISENTRESS TABS	1	QL(120 EA por 30 días); NEDS
ISENTRESS CHEW 100MG	1	QL(180 EA por 30 días); NEDS
ISENTRESS CHEW 25MG	1	QL(720 EA por 30 días)
JULUCA	1	NEDS
STRIBILD	1	NEDS
TIVICAY PD	1	
TIVICAY TABS 10MG	1	
TIVICAY TABS 25MG, 50MG	1	NEDS
Agentes contra el VIH, inhibidores de la transcriptasa inversa no nucleósidos (ITINN)		
COMPLERA	1	NEDS
DELSTRIGO	1	NEDS

ID de formulario: 25503, Versión: 8, Fecha efectiva: 02/01/2025

Ultima actualización: 01/02/2025

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
EDURANT	1	NEDS
<i>efavirenz</i>	1	
<i>efavirenz/emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate</i>	1	NEDS
<i>efavirenz/lamivudine/tenofovir disoproxil fumarate</i>	1	NEDS
<i>etravirine</i>	1	NEDS
INTELENCE TABS 25MG	1	
<i>nevirapine</i>	1	
<i>nevirapine er</i>	1	
PIFELTRO	1	NEDS
Agentes contra el VIH, inhibidores de la transcriptasa inversa nucleósidos y nucleótidos (ITIN)		
<i>abacavir</i>	1	
<i>abacavir sulfate/lamivudine</i>	1	
CIMDUO	1	NEDS
DESCOVY	1	NEDS
<i>emtricitabine</i>	1	
<i>emtricitabine/tenofovir disoproxil</i>	1	NEDS
<i>emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate tabs 200mg; 300mg</i>	1	
<i>emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate tabs 100mg; 150mg, 133mg; 200mg</i>	1	NEDS
EMTRIVA SOLN	1	
<i>lamivudine/zidovudine</i>	1	
<i>lamivudine soln 10mg/ml</i>	1	
<i>lamivudine tabs 150mg, 300mg</i>	1	
ODEFSEY	1	NEDS
<i>tenofovir disoproxil fumarate</i>	1	
TRIUMEQ	1	NEDS
TRIUMEQ PD	1	
TRIZIVIR	1	NEDS
VIREAD POWD	1	NEDS
VIREAD TABS 150MG, 200MG, 250MG	1	NEDS
<i>zidovudine</i>	1	
Agentes contra el virus de la hepatitis B (VHB)		
<i>adefovir dipivoxil</i>	1	
<i>entecavir</i>	1	
<i>lamivudine tabs 100mg</i>	1	
VEMLIDY	1	NEDS
Antivirales, agentes de coronavirus		
LAGEVRIO	1	QL(40 EA por 5 días)
PAXLOVID TBPK 150MG; 100MG	1	QL(20 EA por 5 días); \$0 Copay
PAXLOVID TBPK 300MG; 100MG	1	QL(30 EA por 5 días); \$0 Copay

ID de formulario: 25503, Versión: 8, Fecha efectiva: 02/01/2025

Ultima actualización: 01/02/2025

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
Electrolitos/minerales/metales/vitaminas		
<i>Aglutinantes de potasio</i>		
LOKELMA	1	QL(90 EA por 30 días)
<i>sodium polystyrene sulfonate powd</i>	1	
<i>sps</i>	1	
<i>Modificadores de electrolitos/minerales/metales</i>		
CHEMET	1	NEDS
<i>deferasirox pack</i>	1	NEDS; SP-Optum Specialty
<i>deferasirox tabs</i>	1	SP-Optum Specialty
<i>deferasirox tbso 250mg, 500mg</i>	1	NEDS; SP-Optum Specialty
<i>deferasirox tbso 125mg</i>	1	SP-Optum Specialty
<i>penicillamine tabs</i>	1	NEDS
<i>trientine hydrochloride</i>	1	NEDS
<i>Quelantes de fosfato</i>		
<i>calcium acetate caps</i>	1	
<i>calcium acetate tabs 667mg</i>	1	
<i>sevelamer carbonate</i>	1	
VELPHORO	1	NEDS
<i>Reemplazo de electrolitos/minerales</i>		
AMINOSYN II INJ 107.6MEQ/L; 1490MG/100ML; 1527MG/100ML; 1050MG/100ML; 1107MG/100ML; 750MG/100ML; 450MG/100ML; 990MG/100ML; 1500MG/100ML; 1575MG/100ML; 258MG/100ML; 405MG/100ML; 447MG/100ML; 1083MG/100ML; 795MG/100ML; 50MEQ/L; 600MG/100ML; 300MG/100ML; 750MG/100ML	1	PA BvD
AMINOSYN-PF 7% INJ 32.5MEQ/L; 490MG/100ML; 861MG/100ML; 370MG/100ML; 576MG/100ML; 270MG/100ML; 220MG/100ML; 534MG/100ML; 831MG/100ML; 475MG/100ML; 125MG/100ML; 300MG/100ML; 570MG/100ML; 347MG/100ML; 50MG/100ML; 360MG/100ML; 125MG/100ML; 44MG/100ML; 452MG/100ML	1	PA BvD
<i>carglumic acid</i>	1	PA; NEDS
CLINIMIX 6/5	1	PA BvD
CLINIMIX 8/10	1	PA BvD
CLINIMIX E 8/10	1	PA BvD
<i>dextrose 10%</i>	1	
<i>dextrose 10%/sodium chloride 0.2%</i>	1	
<i>dextrose 10%/sodium chloride 0.45%</i>	1	
<i>dextrose 2.5%/sodium chloride 0.45%</i>	1	
<i>dextrose 5%</i>	1	

ID de formulario: 25503, Versión: 8, Fecha efectiva: 02/01/2025

Ultima actualización: 01/02/2025

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>dextrose 5%/sodium chloride 0.2%</i>	1	
<i>dextrose 5%/sodium chloride 0.3%</i>	1	
<i>dextrose 5%/sodium chloride 0.33%</i>	1	
<i>dextrose 5%/sodium chloride 0.45%</i>	1	
<i>dextrose 5%/sodium chloride 0.9%</i>	1	
<i>dextrose 50%</i>	1	
<i>dextrose 70%</i>	1	
<i>dextrose/sodium chloride</i>	1	
<i>effer-k tbef 25meq</i>	1	
<i>glucose (dextrose) 50%</i>	1	
<i>glucose (dextrose) 70%</i>	1	
<i>k-prime</i>	1	
<i>kcl 0.075%/d5w/nacl 0.45% inj 5%; 10meq/l; 0.45%</i>	1	
<i>kcl 0.15%/d5w/nacl 0.2%</i>	1	
<i>kcl 0.15%/d5w/nacl 0.45% inj 5%; 20meq/l; 0.45%</i>	1	
<i>kcl 0.15%/d5w/nacl 0.9% inj 5%; 20meq/l; 0.9%</i>	1	
<i>kcl 0.3%/d5w/nacl 0.45% inj 5%; 40meq/l; 0.45%</i>	1	
<i>kcl 0.3%/d5w/nacl 0.9% inj 5%; 40meq/l; 0.9%</i>	1	
<i>klor-con</i>	1	
<i>klor-con 10</i>	1	
<i>klor-con 8</i>	1	
<i>klor-con m10</i>	1	
<i>klor-con m15</i>	1	
<i>klor-con m20</i>	1	
<i>klor-con/ef</i>	1	
<i>lactated ringers inj 3meq/l; 109meq/l; 28meq/l; 4meq/l; 130meq/l</i>	1	
<i>magnesium sulfate inj 50%</i>	1	
PLENAMINE	1	PA BvD
<i>potassium chloride er</i>	1	
<i>potassium chloride/dextrose/sodium chloride inj 5%; 10meq/l; 0.45%, 5%; 20meq/l; 0.225%, 5%; 20meq/l; 0.45%, 5%; 20meq/l; 0.9%, 5%; 30meq/l; 0.45%, 5%; 40meq/l; 0.45%, 5%; 40meq/l; 0.9%</i>	1	
<i>potassium chloride pack, oral soln</i>	1	
<i>potassium chloride inj 10meq/50ml, 20meq/50ml, 2meq/ml</i>	1	
<i>potassium citrate er</i>	1	
PREMASOL INJ 52MEQ/L; 1760MG/100ML; 880MG/100ML; 34MEQ/L; 1760MG/100ML; 372MG/100ML; 406MG/100ML; 526MG/100ML; 492MG/100ML; 492MG/100ML; 526MG/100ML; 356MG/100ML; 356MG/100ML; 390MG/100ML; 34MG/100ML; 152MG/100ML	1	PA BvD
PROSOL	1	PA BvD

ID de formulario: 25503, Versión: 8, Fecha efectiva: 02/01/2025

Ultima actualización: 01/02/2025

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>sodium chloride 0.45% inj</i>	1	
<i>sodium chloride inj 0.9%, 2.5meq/ml, 3%, 4meq/ml, 5%</i>	1	
TRAVASOL INJ 52MEQ/L; 1760MG/100ML; 880MG/100ML; 34MEQ/L; 1760MG/100ML; 372MG/100ML; 406MG/100ML; 526MG/100ML; 492MG/100ML; 492MG/100ML; 526MG/100ML; 356MG/100ML; 500MG/100ML; 356MG/100ML; 390MG/100ML; 34MG/100ML; 152MG/100ML	1	PA BvD
TROPHAMINE INJ 0.54GM/100ML; 1.2GM/100ML; 0.32GM/100ML; 0; 0; 0.5GM/100ML; 0.36GM/100ML; 0.48GM/100ML; 0.82GM/100ML; 1.4GM/100ML; 1.2GM/100ML; 0.34GM/100ML; 0.48GM/100ML; 0.68GM/100ML; 0.38GM/100ML; 5MEQ/L; 0.025GM/100ML; 0.42GM/100ML; 0.2GM/100ML; 0.24GM/100ML; 0.78GM/100ML	1	PA BvD
Vitaminas		
<i>prenatal tabs 120mg; 0; 200mg; 10mcg; 2mg; 12mcg; 27mg; 1mg; 20mg; 10mg; 1200mcg; 3mg; 1.84mg; 10mg; 25mg</i>	1	
Productos y modificadores sanguíneos		
Agentes homeostáticos		
<i>aminocaproic acid inj, oral soln</i>	1	
<i>aminocaproic acid tabs 500mg</i>	1	
<i>tranexamic acid tabs</i>	1	
Agentes modificadores de plaquetas		
<i>aspirin/dipyridamole er</i>	1	
BRILINTA	1	
CABLIVI	1	NEDS
<i>cilostazol</i>	1	
<i>clopidogrel</i>	1	
DOPTELET	1	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
<i>prasugrel hydrochloride</i>	1	
Anticoagulantes		
<i>dabigatran etexilate</i>	1	
ELIQUIS	1	
ELIQUIS STARTER PACK	1	
<i>enoxaparin sodium</i>	1	
<i>fondaparinux sodium inj 2.5mg/0.5ml</i>	1	
<i>fondaparinux sodium inj 10mg/0.8ml, 5mg/0.4ml, 7.5mg/0.6ml</i>	1	NEDS
FRAGMIN INJ 10000UNIT/4ML, 2500UNIT/0.2ML, 5000UNIT/0.2ML	1	
FRAGMIN INJ 10000UNIT/ML, 12500UNIT/0.5ML, 15000UNIT/0.6ML, 18000UNIT/0.72ML, 7500UNIT/0.3ML, 95000UNIT/3.8ML	1	NEDS

ID de formulario: 25503, Versión: 8, Fecha efectiva: 02/01/2025

Ultima actualización: 01/02/2025

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>heparin sodium/d5w inj 5%; 40unit/ml</i>	1	
<i>heparin sodium inj 10000unit/ml, 1000unit/ml, 20000unit/ml, 5000unit/0.5ml, 5000unit/ml</i>	1	
<i>jantoven</i>	1	
<i>warfarin sodium tabs</i>	1	
XARELTO STARTER PACK	1	
XARELTO TABS	1	
Productos y modificadores sanguíneos, otros		
<i>anagrelide hydrochloride</i>	1	
MOZOBIL	1	NEDS
NEULASTA	1	NEDS; SP-Optum Specialty
NEULASTA ONPRO KIT	1	NEDS
<i>plerixafor</i>	1	NEDS
PROCRIT INJ 20000UNIT/ML, 40000UNIT/ML	1	NEDS; SP-Optum Specialty
PROCRIT INJ 10000UNIT/ML, 2000UNIT/ML, 3000UNIT/ML, 4000UNIT/ML	1	SP-Optum Specialty
PROMACTA	1	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
RETACRIT INJ 40000UNIT/ML	1	NEDS; SP-Optum Specialty
RETACRIT INJ 10000UNIT/ML, 20000UNIT/2ML, 20000UNIT/ML, 2000UNIT/ML, 3000UNIT/ML, 4000UNIT/ML	1	SP-Optum Specialty
UDENYCA ONBODY	1	NEDS
UDENYCA INJ 6MG/0.6ML	1	NEDS
UDENYCA INJ 6MG/0.6ML	1	NEDS; SP-Optum Specialty
ZARXIO	1	NEDS; SP-Optum Specialty
Reguladores de la glucemia		
Agentes antidiabéticos		
<i>acarbose tabs</i>	1	
BYDUREON BCISE	1	PA
BYETTA	1	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	1	

ID de formulario: 25503, Versión: 8, Fecha efectiva: 02/01/2025

Ultima actualización: 01/02/2025

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

ID de formulario: 25503, Versión: 8, Fecha efectiva: 02/01/2025

Ultima actualización: 01/02/2025

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
HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN	1	
HUMALOG MIX 75/25	1	
HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN	1	
HUMULIN 70/30	1	
HUMULIN 70/30 KWIKPEN	1	
HUMULIN N	1	
HUMULIN N KWIKPEN	1	
HUMULIN R	1	
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED)	1	
HUMULIN R U-500 KWIKPEN	1	
INSULIN LISPRO	1	
<i>insulin lispro junior kwikpen</i>	1	
<i>insulin lispro kwikpen</i>	1	
<i>insulin lispro protamine/insulin lispro kwikpen</i>	1	
LANTUS	1	
LANTUS SOLOSTAR	1	
LEVEMIR FLEXTOUCH	1	
NOVOLIN 70/30	1	
NOVOLIN 70/30 FLEXPEN	1	
NOVOLIN N	1	
NOVOLIN N FLEXPEN	1	
NOVOLIN R	1	
NOVOLIN R FLEXPEN	1	
NOVOLOG	1	
NOVOLOG FLEXPEN	1	
NOVOLOG MIX 70/30	1	
NOVOLOG MIX 70/30 PREFILLED FLEXPEN	1	
NOVOLOG PENFILL	1	
TOUJEO MAX SOLOSTAR	1	
TOUJEO SOLOSTAR	1	
TRESIBA	1	
TRESIBA FLEXTOUCH	1	
Relajantes musculares esqueléticos		
<i>Relajantes musculares esqueléticos</i>		
<i>cyclobenzaprine hydrochloride</i>	1	
Trastorno genético, enzimático o proteico: Reemplazo, modificadores, tratamiento		
<i>Trastorno genético, enzimático o proteico: Reemplazo, modificadores, tratamiento</i>		
<i>betaine anhydrous</i>	1	NEDS
CHOLBAM	1	PA; NEDS
CREON	1	
<i>cromolyn sodium conc 100mg/5ml</i>	1	
CYSTAGON	1	

ID de formulario: 25503, Versión: 8, Fecha efectiva: 02/01/2025

Ultima actualización: 01/02/2025

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>dichlorphenamide</i>	1	PA; NEDS
ENDARI	1	NEDS
<i>l-glutamine</i>	1	NEDS
<i>miglustat</i>	1	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
<i>nitisinone caps 20mg</i>	1	PA; NEDS
<i>nitisinone caps 10mg, 2mg, 5mg</i>	1	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
PROLASTIN-C	1	PA; NEDS
PYRUKYND	1	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
PYRUKYND TAPER PACK	1	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
REVCOVI	1	NEDS
<i>sapropterin dihydrochloride</i>	1	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
<i>sodium phenylbutyrate</i>	1	NEDS
SUCRAID	1	NEDS
WELIREG	1	PA NSO; NEDS
YARGESA	1	PA; NEDS
ZENPEP	1	

ID de formulario: 25503, Versión: 8, Fecha efectiva: 02/01/2025

Ultima actualización: 01/02/2025

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

D. Índice de Medicamentos Cubiertos

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>abacavir</i>	55	ALPHAGAN P	26
<i>abacavir sulfate/lamivudine</i>	55	<i>alprazolam</i>	35
ABELCET	43	<i>alprazolam er</i>	35
ABILIFY ASIMTUFII	52	ALUNBRIG	46
ABILIFY MAINTENA	52	<i>alyq</i>	30
ABILIFY MYCITE MAINTENANCE KIT	52	<i>amabelz</i>	17
ABILIFY MYCITE STARTER KIT	52	<i>amantadine hcl</i>	54
<i>abiraterone acetate</i>	44	<i>ambrisentan</i>	30
ABRYSVO	24	<i>amcinonide</i>	13
<i>acamprosate calcium dr</i>	29	<i>amethia</i>	17
<i>acarbose</i>	59	<i>amikacin sulfate</i>	36
<i>accutane</i>	13	<i>amiloride hcl</i>	8
<i>acebutolol hydrochloride</i>	4	<i>amiloride/hydrochlorothiazide</i>	5
<i>acetaminophen/codeine</i>	34	<i>aminocaproic acid</i>	58
<i>acetazolamide</i>	26	AMINOSYN II	56
<i>acetazolamide er</i>	26	AMINOSYN-PF 7%	56
<i>acetic acid</i>	33	<i>amiodarone hydrochloride</i>	6
<i>acetic acid 0.25%</i>	16	<i>amitriptyline hcl</i>	41
<i>acetylcysteine</i>	29	<i>amitriptyline hydrochloride</i>	41
<i>acitretin</i>	13	<i>amlodipine besylate</i>	5
ACTHIB	24	<i>amlodipine besylate/atorvastatin calcium</i>	5
ACTIMMUNE	23	<i>amlodipine besylate/benazepril hydrochloride</i>	5
<i>acyclovir</i>	54	<i>amlodipine besylate/valsartan</i>	5
<i>acyclovir sodium</i>	54	<i>amlodipine/olmesartan medoxomil</i>	5
ADACEL	24	<i>amlodipine/valsartan/hydrochlorothiazide</i>	5
<i>adapalene</i>	13	<i>ammonium lactate</i>	13
<i>adefovir dipivoxil</i>	55	<i>amnesteam</i>	13
ADEMPAS	30	<i>amoxapine</i>	41
ADTHYZA	20	<i>amoxicillin</i>	37
AIMOVIG	3	<i>amoxicillin/clavulanate potassium</i>	37
AKEEGA	45	<i>amoxicillin/clavulanate potassium er</i>	37
<i>albendazole</i>	51	<i>amphetamine/dextroamphetamine</i>	10
<i>albuterol sulfate</i>	32	<i>amphotericin b</i>	43
<i>albuterol sulfate hfa</i>	32	<i>amphotericin b liposome</i>	43
<i>alcohol prep pads</i>	32	<i>ampicillin</i>	37
ALECENSA	46	<i>ampicillin sodium</i>	37
<i>alendronate sodium</i>	9	<i>ampicillin/sulbactam</i>	37
<i>alfuzosin hcl er</i>	16	<i>ampicillin-sulbactam</i>	37
<i>aliskiren</i>	5	<i>anagrelide hydrochloride</i>	59
<i>allopurinol</i>	8	<i>anastrozole</i>	46
ALOCRIIL	26	ANORO ELLIPTA	29
<i>alosetron hydrochloride</i>	15	<i>apraclonidine</i>	26
		<i>aprepitant</i>	42
		<i>apri</i>	17

ID de formulario: 25503, Versión: 8, Fecha efectiva: 02/01/2025

Ultima actualización: 01/02/2025

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	40	<i>bacitracin</i>	27
APTIVUS	53	<i>bacitracin/polymyxin b</i>	26
ARCALYST	21	<i>baclofen</i>	3
AREXVY	25	<i>balsalazide disodium</i>	9
<i>arformoterol tartrate</i>	32	BALVERSA	46
ARIKAYCE	36	<i>balziva</i>	17
<i>aripiprazole</i>	52	BAQSIMI ONE PACK	60
<i>aripiprazole odt</i>	52	BAQSIMI TWO PACK	60
ARISTADA	52	BCG VACCINE	25
ARISTADA INITIO	52	<i>bd insulin syringe safetyglide/1ml/29g x</i>	32
<i>armodafinil</i>	12	<i>1/2"</i>	
ARMOUR THYROID	20	<i>b-d insulin syringe ultrafine ii/0.3ml/31g x</i>	32
<i>asenapine maleate sl</i>	52	<i>5/16"</i>	
<i>ashlyna</i>	17	<i>bd insulin syringe ultra-fine/0.5ml/30g x</i>	32
<i>aspirin/dipyridamole er</i>	58	<i>12.7mm</i>	
<i>atazanavir</i>	53	<i>bd insulin syringe ultra-fine/1ml/31g x 8mm</i>	32
<i>atazanavir sulfate</i>	53	<i>bd insulin syringe/u-100/1ml/27g x 1/2"</i>	32
<i>atenolol</i>	4	<i>bd insulin syringe/u-500/0.5ml/31g x 6mm</i>	32
<i>atenolol/chlorthalidone</i>	5	<i>bd pen needle/original/ultra-fine/29g x</i>	32
<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>	51	<i>benazepril hydrochloride</i>	8
<i>atovaquone/proguanil hcl</i>	51	<i>benazepril</i>	5
<i>atropine sulfate</i>	26	<i>hydrochloride/hydrochlorothiazide</i>	
ATROVENT HFA	31	BENLYSTA	21
AUGTYRO	46	<i>benztropine mesylate</i>	4
AUSTEDO	11	<i>bepotastine besilate</i>	26
AUSTEDO XR	11	BERINERT	22
AUSTEDO XR PATIENT TITRATION	11	BESIVANCE	27
KIT		BESREMI	23
AUVELITY	41	<i>betaine anhydrous</i>	61
<i>aviane</i>	17	BETAMETHASONE DIPROPIONATE	13
<i>avita</i>	13	<i>betamethasone dipropionate augmented</i>	13
AVONEX	9	<i>betamethasone valerate</i>	13
AVONEX PEN	9	BETASERON	10
AYVAKIT	46	<i>betaxolol hcl</i>	26
<i>azathioprine</i>	23	<i>bethanechol chloride</i>	16
<i>azelaic acid</i>	13	BETIMOL	26
<i>azelastine hcl</i>	26	BEVESPI AEROSPHERE	29
<i>azelastine hcl</i>	31	<i>bexarotene</i>	51
<i>azelastine hydrochloride</i>	31	BEXSERO	25
<i>azithromycin</i>	38	<i>bicalutamide</i>	44
<i>aztreonam</i>	36	BICILLIN L-A	37
<i>azurette</i>	17	BIKTARVY	54

ID de formulario: 25503, Versión: 8, Fecha efectiva: 02/01/2025

Ultima actualización: 01/02/2025

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>bimatoprost</i>	28	CABLIVI	58
<i>bisoprolol fumarate</i>	4	CABOMETYX	46
<i>bisoprolol fumarate/hydrochlorothiazide</i>	5	<i>calcipotriene</i>	12
BIVIGAM	23	CALCITONIN SALMON	9
BOOSTRIX	25	<i>calcitonin-salmon</i>	9
<i>bortezomib</i>	45	<i>calcitriol</i>	9
<i>boruzu</i>	45	<i>calcitriol</i>	12
<i>bosentan</i>	30	<i>calcium acetate</i>	56
BOSULIF	46	CALQUENCE	46
BRAFTOVI	46	<i>camila</i>	19
BREO ELLIPTA	29	<i>candesartan cilexetil</i>	6
BREYNA	29	<i>candesartan cilexetil/hydrochlorothiazide</i>	5
BREZTRI AEROSPHERE	29	CAPLYTA	52
<i>brillyn</i>	17	CAPRELSA	46
BRILINTA	58	<i>captopril</i>	8
<i>brimonidine tartrate</i>	26	<i>carbamazepine</i>	40
<i>brimonidine tartrate/timolol maleate</i>	26	<i>carbamazepine er</i>	40
<i>brinzolamide</i>	26	<i>carbidopa</i>	4
BRIVIACT	40	<i>carbidopa/levodopa</i>	4
<i>bromfenac</i>	27	<i>carbidopa/levodopa er</i>	4
<i>bromfenac sodium</i>	27	<i>carbidopa/levodopa odt</i>	4
<i>bromocriptine mesylate</i>	4	<i>carbidopa/levodopa/entacapone</i>	4
BROMSITE	27	<i>carglumic acid</i>	56
BRONCHITOL	29	<i>carteolol hcl</i>	26
BRUKINSA	46	<i>cartia xt</i>	5
<i>budesonide</i>	9	<i>carvedilol</i>	4
<i>budesonide</i>	31	CAYSTON	30
<i>budesonide er</i>	9	<i>cefaclor</i>	37
<i>bumetanide</i>	8	<i>cefadroxil</i>	37
<i>buprenorphine</i>	33	<i>cefazolin</i>	37
<i>buprenorphine hcl</i>	28	<i>cefazolin sodium</i>	37
<i>buprenorphine hcl/naloxone hcl</i>	28	<i>cefazolin sodium/dextrose</i>	37
<i>buprenorphine hydrochloride/naloxone hydrochloride</i>	28	<i>cefazolin/dextrose</i>	37
<i>bupropion hcl</i>	41	<i>cefdinir</i>	37
<i>bupropion hydrochloride</i>	41	<i>cefepime</i>	37
<i>bupropion hydrochloride er (sr)</i>	28	<i>cefepime hydrochloride</i>	37
<i>bupropion hydrochloride er (sr)</i>	41	<i>cefepime/dextrose</i>	37
<i>bupropion hydrochloride er (xl)</i>	41	<i>cefixime</i>	37
<i>buspironone hcl</i>	35	<i>cefotetan</i>	37
<i>buspironone hydrochloride</i>	35	<i>cefoxitin sodium</i>	37
<i>butorphanol tartrate</i>	34	<i>cefpodoxime proxetil</i>	37
BYDUREON BCISE	59	<i>cefprozil</i>	37
BYETTA	59	<i>ceftazidime</i>	37
<i>cabergoline</i>	20	<i>ceftriaxone in iso-osmotic dextrose</i>	37
		<i>ceftriaxone sodium</i>	37

ID de formulario: 25503, Versión: 8, Fecha efectiva: 02/01/2025

Ultima actualización: 01/02/2025

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/dextrose</i>	37	CLINIMIX E 8/10	56
<i>cefuroxime axetil</i>	37	<i>clobazam</i>	39
<i>cefuroxime sodium</i>	37	CLOBETASOL PROPIONATE	13
<i>celecoxib</i>	34	<i>clobetasol propionate e</i>	13
<i>cephalexin</i>	37	<i>clodan</i>	14
<i>cevimeline hydrochloride</i>	12	<i>clomipramine hydrochloride</i>	41
CHEMET	56	<i>clonazepam</i>	39
<i>chlorhexidine gluconate</i>	12	<i>clonazepam odt</i>	39
<i>chloroquine phosphate</i>	51	<i>clonidine</i>	6
<i>chlorpromazine hcl</i>	51	<i>clonidine hydrochloride</i>	6
<i>chlorpromazine hydrochloride</i>	51	<i>clonidine hydrochloride er</i>	11
<i>chlorthalidone</i>	8	<i>clopidogrel</i>	58
CHOLBAM	61	<i>clorazepate dipotassium</i>	35
<i>cholestyramine</i>	7	<i>clotrimazole</i>	43
<i>cholestyramine light</i>	7	<i>clotrimazole/betamethasone dipropionate</i>	12
CICLOPIROX	14	<i>clozapine</i>	52
<i>ciclopirox nail lacquer</i>	14	<i>clozapine odt</i>	52
<i>ciclopirox olamine</i>	14	COARTEM	51
<i>cidofovir</i>	53	COBENFY	11
<i>cilostazol</i>	58	COBENFY STARTER PACK	11
CIMDUO	55	<i>codeine sulfate</i>	34
<i>cimetidine</i>	16	<i>colchicine</i>	9
<i>cinacalcet hydrochloride</i>	9	<i>colestipol hcl</i>	7
<i>ciprofloxacin</i>	33	<i>colistimethate sodium</i>	36
<i>ciprofloxacin</i>	38	COMBIVENT RESPIMAT	29
<i>ciprofloxacin hcl</i>	38	COMETRIQ	46
<i>ciprofloxacin hydrochloride</i>	27	COMPLERA	54
<i>ciprofloxacin hydrochloride</i>	38	<i>constulose</i>	15
<i>ciprofloxacin i.v.-in d5w</i>	38	COPIKTRA	46
<i>ciprofloxacin/dexamethasone</i>	33	CORLANOR	5
<i>citalopram hydrobromide</i>	41	CORTIFOAM	9
<i>claravis</i>	13	CORTISPORIN-TC	33
<i>clarithromycin</i>	38	COSENTYX	21
<i>clarithromycin er</i>	38	COSENTYX SENSOREADY PEN	21
CLENPIQ	15	COSENTYX UNOREADY	21
<i>clindacin-p</i>	36	COTELIC	46
<i>clindamycin hcl</i>	36	CREON	61
<i>clindamycin hydrochloride</i>	36	<i>cromolyn sodium</i>	26
<i>clindamycin palmitate hydrochloride</i>	36	<i>cromolyn sodium</i>	32
<i>clindamycin phosphate</i>	14	<i>cromolyn sodium</i>	61
<i>clindamycin phosphate</i>	36	<i>curity gauze pads 2"x2" 12 ply</i>	32
<i>clindamycin phosphate/benzoyl peroxide</i>	13	CUVITRU	23
<i>clindamycin/benzoyl peroxide</i>	13	<i>cyclobenzaprine hydrochloride</i>	61
CLINIMIX 6/5	56	<i>cyclopentolate hcl</i>	26
CLINIMIX 8/10	56	<i>cyclopentolate hydrochloride</i>	26

ID de formulario: 25503, Versión: 8, Fecha efectiva: 02/01/2025

Ultima actualización: 01/02/2025

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>cyclophosphamide</i>	43	<i>dexmethylphenidate hydrochloride er</i>	11
<i>cyclosporine</i>	23	<i>dextroamphetamine sulfate</i>	10
<i>cyclosporine</i>	26	<i>dextroamphetamine sulfate er</i>	10
<i>cyclosporine modified</i>	23	<i>dextrose 10%</i>	56
<i>cyproheptadine hcl</i>	31	<i>dextrose 10%/sodium chloride 0.2%</i>	56
<i>cyproheptadine hydrochloride</i>	31	<i>dextrose 10%/sodium chloride 0.45%</i>	56
CYSTAGON	61	<i>dextrose 2.5%/sodium chloride 0.45%</i>	56
CYSTARAN	26	<i>dextrose 5%</i>	56
<i>dabigatran etexilate</i>	58	<i>dextrose 5%/sodium chloride 0.2%</i>	57
<i>dalfampridine er</i>	10	<i>dextrose 5%/sodium chloride 0.3%</i>	57
<i>danazol</i>	17	<i>dextrose 5%/sodium chloride 0.33%</i>	57
<i>dantrolene sodium</i>	3	<i>dextrose 5%/sodium chloride 0.45%</i>	57
DAPSONE	43	<i>dextrose 5%/sodium chloride 0.9%</i>	57
DAPTACEL	25	<i>dextrose 50%</i>	57
<i>daptomycin</i>	36	<i>dextrose 70%</i>	57
<i>daptomycin/sodium chloride</i>	36	<i>dextrose/sodium chloride</i>	57
<i>darifenacin hydrobromide er</i>	16	DIACOMIT	39
<i>darunavir</i>	53	<i>diazepam</i>	35
DARZALEX	44	<i>diazepam intensol</i>	35
<i>dasatinib</i>	46	<i>diazepam rectal gel</i>	39
DAURISMO	47	<i>diazoxide</i>	60
<i>deblitane</i>	19	<i>dichlorphenamide</i>	62
<i>deferasirox</i>	56	<i>diclofenac epolamine</i>	34
DELSTRIGO	54	<i>diclofenac potassium</i>	34
DENGVAXIA	25	<i>diclofenac sodium</i>	13
DEPO-MEDROL	19	<i>diclofenac sodium</i>	27
DEPO-SUBQ PROVERA 104	19	<i>diclofenac sodium</i>	34
DESCOVY	55	<i>diclofenac sodium dr</i>	34
<i>desipramine hydrochloride</i>	41	<i>diclofenac sodium er</i>	34
<i>desloratadine</i>	31	<i>dicloxacillin sodium</i>	37
<i>desmopressin acetate</i>	17	<i>dicyclomine hcl</i>	16
<i>desogestrel/ethinyl estradiol</i>	17	<i>dicyclomine hydrochloride</i>	16
DESONIDE	14	DIFICID	38
<i>desoximetasone</i>	14	<i>diflunisal</i>	34
DESRX	14	<i>difluprednate</i>	28
<i>desvenlafaxine er</i>	41	<i>digitek</i>	6
<i>dexamethasone</i>	19	<i>digoxin</i>	6
<i>dexamethasone intensol</i>	19	<i>dihydroergotamine mesylate</i>	3
<i>dexamethasone sodium phosphate</i>	20	<i>diltiazem hcl</i>	5
<i>dexamethasone sodium phosphate</i>	27	<i>diltiazem hcl cd</i>	5
<i>dexamethasone sodium phosphate + rfid</i>	19	<i>diltiazem hcl er</i>	5
DEXLANSOPRAZOLE	16	<i>diltiazem hydrochloride</i>	5
<i>dexmethylphenidate hcl</i>	11	<i>diltiazem hydrochloride er</i>	5
<i>dexmethylphenidate hcl er</i>	11	<i>dilt-xr</i>	5
<i>dexmethylphenidate hydrochloride</i>	11	<i>dimethyl fumarate</i>	10

ID de formulario: 25503, Versión: 8, Fecha efectiva: 02/01/2025

Ultima actualización: 01/02/2025

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>diphenhydramine hydrochloride</i>	31	ELIQUIS	58
<i>diphtheria/tetanus toxoids adsorbed</i>	25	ELIQUIS STARTER PACK	58
<i>pediatric</i>		<i>elixophyllin</i>	32
<i>disulfiram</i>	29	ELMIRON	16
<i>divalproex sodium dr</i>	39	<i>eluryng</i>	17
<i>divalproex sodium er</i>	39	EMCYT	44
DOCETAXEL	45	EMGALITY	3
DOFETILIDE	7	EMSAM	41
<i>donepezil hcl</i>	3	<i>emtricitabine</i>	55
<i>donepezil hydrochloride</i>	3	<i>emtricitabine/tenofovir disoproxil</i>	55
DOPTELET	58	<i>emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate</i>	55
<i>dorzolamide hcl/timolol maleate</i>	27	EMTRIVA	55
<i>dorzolamide hydrochloride</i>	26	<i>enalapril maleate</i>	8
<i>dorzolamide hydrochloride/timolol maleate</i>	27	<i>enalapril maleate/hydrochlorothiazide</i>	6
<i>pf</i>		ENBREL	23
<i>dotti</i>	17	ENBREL MINI	23
DOVATO	54	ENBREL SURECLICK	23
<i>doxazosin mesylate</i>	16	ENDARI	62
<i>doxepin hcl</i>	41	<i>endocet</i>	34
<i>doxepin hydrochloride</i>	41	ENGERIX-B	25
DOXY 100	38	<i>enilloring</i>	18
<i>doxycycline</i>	39	<i>enoxaparin sodium</i>	58
<i>doxycycline hyclate</i>	38	<i>entacapone</i>	4
<i>doxycycline monohydrate</i>	38	<i>entecavir</i>	55
DRIZALMA SPRINKLE	42	ENTRESTO	6
<i>dronabinol</i>	42	<i>enulose</i>	15
<i>droplet pen needles 29gx10mm</i>	32	ENVARUSUS XR	23
<i>drospirenone/ethinyl estradiol</i>	17	EPIDIOLEX	40
DROXIA	44	<i>epinastine hcl</i>	26
<i>droxidopa</i>	6	<i>epinephrine</i>	32
<i>duloxetine hcl</i>	42	<i>epitol</i>	40
<i>duloxetine hydrochloride</i>	42	<i>eplerenone</i>	6
DUPIXENT	21	EPRONTIA	40
<i>dutasteride</i>	16	<i>ergotamine tartrate/caffeine</i>	3
<i>dutasteride/tamsulosin hydrochloride</i>	16	ERIVEDGE	47
<i>ec-naproxen</i>	35	ERLEADA	44
<i>econazole nitrate</i>	43	<i>erlotinib hydrochloride</i>	47
EDURANT	55	<i>errin</i>	19
<i>efavirenz</i>	55	<i>ertapenem</i>	38
<i>efavirenz/emtricitabine/tenofovir disoproxil</i>	55	<i>ertapenem sodium</i>	38
<i>fumarate</i>		<i>ery</i>	14
<i>efavirenz/lamivudine/tenofovir disoproxil</i>	55	<i>erythromycin</i>	15
<i>fumarate</i>		<i>erythromycin</i>	27
<i>effe-k</i>	57	<i>erythromycin dr</i>	38
ELIGARD	20	<i>erythromycin ethylsuccinate</i>	38

ID de formulario: 25503, Versión: 8, Fecha efectiva: 02/01/2025

Ultima actualización: 01/02/2025

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>escitalopram oxalate</i>	42	FLAREX	28
<i>esomeprazole magnesium</i>	16	FLEBOGAMMA DIF	23
<i>estradiol</i>	18	<i>flecainide acetate</i>	7
<i>estradiol valerate</i>	18	FLOLIPID	7
<i>estradiol/norethindrone acetate</i>	18	FLOVENT DISKUS	31
ESTRING	18	<i>fluconazole</i>	43
<i>eszopiclone</i>	12	<i>fluconazole in sodium chloride</i>	43
<i>ethacrynic acid</i>	8	<i>flucytosine</i>	43
<i>ethambutol hydrochloride</i>	43	<i>fludrocortisone acetate</i>	20
<i>ethosuximide</i>	39	<i>flunisolide</i>	31
<i>etodolac</i>	35	<i>fluocinolone acetonide</i>	14
<i>etodolac er</i>	35	<i>fluocinolone acetonide</i>	33
<i>etonogestrel/ethinyl estradiol</i>	18	<i>fluocinolone acetonide body</i>	14
<i>etravirine</i>	55	<i>fluocinolone acetonide scalp</i>	14
<i>euthyrox</i>	20	<i>fluocinolone acetonide topical</i>	14
<i>everolimus</i>	24	FLUOCINONIDE	14
<i>everolimus</i>	47	<i>fluocinonide emulsified base</i>	14
EVOTAZ	53	<i>fluorometholone</i>	28
<i>exemestane</i>	46	<i>flurouracil</i>	13
EXKIVITY	47	<i>fluoxetine dr</i>	42
<i>ezetimibe</i>	7	<i>fluoxetine hydrochloride</i>	42
<i>ezetimibe/simvastatin</i>	7	<i>fluphenazine decanoate</i>	51
<i>falmina</i>	18	<i>fluphenazine hcl</i>	51
<i>famciclovir</i>	54	<i>fluphenazine hydrochloride</i>	51
<i>famotidine</i>	16	<i>flurazepam hcl</i>	12
FANAPT	52	<i>flurazepam hydrochloride</i>	12
FANAPT TITRATION PACK	52	<i>flurbiprofen</i>	35
FARXIGA	8	<i>flurbiprofen sodium</i>	28
FASENRA	29	<i>flutamide</i>	44
FASENRA PEN	29	<i>fluticasone propionate</i>	14
<i>felbamate</i>	40	<i>fluticasone propionate</i>	31
<i>felodipine er</i>	5	<i>fluticasone propionate diskus</i>	31
<i>fenofibrate</i>	7	<i>fluticasone propionate hfa</i>	31
<i>fenofibrate micronized</i>	7	<i>fluticasone propionate/salmeterol</i>	29
<i>fenofibric acid dr</i>	7	<i>fluticasone propionate/salmeterol diskus</i>	29
<i>fentanyl</i>	33	<i>fluvastatin</i>	7
<i>fentanyl citrate oral transmucosal</i>	34	<i>fluvastatin sodium er</i>	7
FETZIMA	42	<i>fluvoxamine maleate</i>	42
FETZIMA TITRATION PACK	42	<i>fondaparinux sodium</i>	58
<i>finasteride</i>	16	<i>formoterol fumarate</i>	32
<i>fingolimod hydrochloride</i>	10	<i>fosamprenavir calcium</i>	53
FINTEPLA	40	<i>fosinopril sodium</i>	8
<i>finzala</i>	18	<i>fosinopril sodium/hydrochlorothiazide</i>	6
FIRMAGON	20	FOTIVDA	47
<i>flac</i>	33	FRAGMIN	58

ID de formulario: 25503, Versión: 8, Fecha efectiva: 02/01/2025

Ultima actualización: 01/02/2025

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
FRUZAQLA	47	<i>glyburide micronized</i>	59
<i>furosemide</i>	8	<i>glyburide/metformin hydrochloride</i>	59
FUZEON	53	<i>glycopyrrolate</i>	16
<i>fyavolv</i>	18	<i>glydo</i>	35
FYCOMPA	40	GLYXAMBI	59
<i>gabapentin</i>	39	<i>gnp insulin syringe/0.3ml/30g x 5/16"</i>	32
<i>galantamine hydrobromide</i>	3	<i>gnp insulin syringe/0.5ml/30g x 5/16"</i>	32
<i>galantamine hydrobromide er</i>	3	<i>granisetron hydrochloride</i>	42
<i>gallifrey</i>	19	<i>griseofulvin microsize</i>	43
GAMMAGARD LIQUID	23	<i>griseofulvin ultramicrosize</i>	43
GAMMAPLEX	23	<i>guanfacine hydrochloride er</i>	11
GARDASIL 9	25	GVOKE HYPOPEN 1-PACK	60
<i>gatifloxacin</i>	27	GVOKE HYPOPEN 2-PACK	60
<i>gauze pads 2"x2"</i>	32	GVOKE KIT	60
<i>gavilyte-c</i>	15	GVOKE PFS	60
<i>gavilyte-g</i>	15	HAEGARDA	22
<i>gavilyte-n/ flavor pack</i>	15	<i>halobetasol propionate</i>	14
GAVRETO	47	<i>haloette</i>	18
<i>gefitinib</i>	47	<i>haloperidol</i>	51
<i>gemfibrozil</i>	7	<i>haloperidol decanoate</i>	51
GEMTESA	16	<i>haloperidol lactate</i>	51
<i>generlac</i>	15	HAVRIX	25
GENGRAF	24	<i>heather</i>	19
GENOTROPIN	17	<i>heparin sodium</i>	59
GENOTROPIN MINIQUICK	17	<i>heparin sodium/d5w</i>	59
<i>gentak</i>	27	HEPLISAV-B	25
<i>gentamicin sulfate</i>	27	HIBERIX	25
<i>gentamicin sulfate</i>	36	HIZENTRA	23
<i>gentamicin sulfate/0.9% sodium chloride</i>	36	HUMALOG	60
GENVOYA	54	HUMALOG JUNIOR KWIKPEN	60
GILOTRIF	47	HUMALOG KWIKPEN	60
<i>glatiramer acetate</i>	10	HUMALOG MIX 50/50	60
GLEOSTINE	44	HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN	61
<i>glimepiride</i>	59	HUMALOG MIX 75/25	61
<i>glipizide</i>	59	HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN	61
<i>glipizide er</i>	59	HUMIRA	24
<i>glipizide/metformin hydrochloride</i>	59	HUMIRA PEDIATRIC CROHNS DISEASE STARTER PACK	24
GLOPERBA	9	HUMIRA PEN	24
GLUCAGEN HYPOKIT	60	HUMIRA PEN-CD/UC/HS STARTER	24
GLUCAGON EMERGENCY KIT	60	HUMIRA PEN-PEDIATRIC UC STARTER PACK	24
GLUCAGON EMERGENCY KIT FOR LOW BLOOD SUGAR	60	HUMIRA PEN-PS/UV STARTER	24
<i>glucose (dextrose) 50%</i>	57	HUMULIN 70/30	61
<i>glucose (dextrose) 70%</i>	57	HUMULIN 70/30 KWIKPEN	61
<i>glyburide</i>	59		

ID de formulario: 25503, Versión: 8, Fecha efectiva: 02/01/2025

Ultima actualización: 01/02/2025

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
HUMULIN N	61	INCRUSE ELLIPTA	31
HUMULIN N KWIKPEN	61	<i>indapamide</i>	8
HUMULIN R	61	<i>indomethacin</i>	35
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED)	61	INFANRIX	25
HUMULIN R U-500 KWIKPEN	61	INGREZZA	11
<i>hydralazine hcl</i>	8	INLYTA	47
<i>hydralazine hydrochloride</i>	8	INQOVI	47
<i>hydrochlorothiazide</i>	8	INREBIC	45
<i>hydrocodone bitartrate/acetaminophen</i>	34	INSULIN LISPRO	61
<i>hydrocodone/acetaminophen</i>	34	<i>insulin lispro junior kwikpen</i>	61
<i>hydrocortisone</i>	9	<i>insulin lispro kwikpen</i>	61
<i>hydrocortisone</i>	14	<i>insulin lispro protamine/insulin lispro</i>	61
<i>hydrocortisone</i>	20	<i>kwikpen</i>	
HYDROCORTISONE BUTYRATE	14	INTELENCE	55
<i>hydrocortisone sodium succinate</i>	20	INTRALIPID	32
HYDROCORTISONE VALERATE	14	<i>introvale</i>	18
<i>hydrocortisone/acetic acid</i>	33	INVEGA HAFYERA	52
<i>hydromorphone hcl</i>	34	INVEGA SUSTENNA	52
<i>hydromorphone hcl er</i>	33	INVEGA TRINZA	52
<i>hydroxychloroquine sulfate</i>	51	IPOL INACTIVATED IPV	25
<i>hydroxyurea</i>	44	<i>ipratropium bromide</i>	31
<i>hydroxyzine hcl</i>	31	<i>ipratropium bromide/albuterol sulfate</i>	29
<i>hydroxyzine hydrochloride</i>	31	<i>irbesartan</i>	6
<i>hydroxyzine pamoate</i>	31	<i>irbesartan/hydrochlorothiazide</i>	6
IBRANCE	45	ISENTRESS	54
IBRANCE	47	ISENTRESS HD	54
<i>ibu</i>	35	<i>isoniazid</i>	43
<i>ibuprofen</i>	35	<i>isosorbide dinitrate</i>	8
<i>icatibant acetate</i>	23	<i>isosorbide mononitrate</i>	8
<i>iclevia</i>	18	<i>isosorbide mononitrate er</i>	8
ICLUSIG	47	<i>isotonic gentamicin</i>	36
<i>icosapent ethyl</i>	7	<i>isotretinoin</i>	13
IDHIFA	47	ITOVEBI	45
ILEVRO	28	<i>itraconazole</i>	43
<i>imatinib mesylate</i>	47	<i>ivabradine hydrochloride</i>	6
IMBRUVICA	47	<i>ivermectin</i>	51
<i>imipenem/cilastatin</i>	38	IWILFIN	45
<i>imipramine hcl</i>	41	IXCHIQ	25
<i>imipramine hydrochloride</i>	41	IXIARO	25
<i>imiquimod</i>	13	JAKAFI	47
IMOVAX RABIES (H.D.C.V.)	25	<i>jantoven</i>	59
IMPAVIDO	36	JANUMET	60
IMVEXXY MAINTENANCE PACK	18	JANUMET XR	60
IMVEXXY STARTER PACK	18	JANUVIA	60
INCRELEX	17	JARDIANCE	8

ID de formulario: 25503, Versión: 8, Fecha efectiva: 02/01/2025

Ultima actualización: 01/02/2025

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
JAYPIRCA	47	KYNMOBI	4
JENTADUETO	60	KYPROLIS	46
JENTADUETO XR	60	<i>labetalol hydrochloride</i>	4
<i>jinteli</i>	18	<i>lacosamide</i>	40
<i>joyeaux</i>	18	<i>lactated ringers</i>	57
JULUCA	54	<i>lactulose</i>	15
<i>junel 1.5/30</i>	18	LAGEVRIO	55
<i>junel 1/20</i>	18	<i>lamivudine</i>	55
<i>junel fe 1.5/30</i>	18	<i>lamivudine</i>	55
<i>junel fe 1/20</i>	18	<i>lamivudine/zidovudine</i>	55
<i>junel fe 24</i>	18	<i>lamotrigine</i>	40
JYLAMVO	24	<i>lamotrigine er</i>	40
JYNNEOS	25	<i>lamotrigine odt</i>	40
KALYDECO	30	<i>lamotrigine starter kit/blue</i>	40
<i>kariva</i>	18	<i>lamotrigine starter kit/green</i>	40
<i>kcl 0.075%/d5w/nacl 0.45%</i>	57	<i>lamotrigine starter kit/orange</i>	40
<i>kcl 0.15%/d5w/nacl 0.2%</i>	57	<i>lanreotide acetate</i>	21
<i>kcl 0.15%/d5w/nacl 0.45%</i>	57	<i>lansoprazole</i>	16
<i>kcl 0.15%/d5w/nacl 0.9%</i>	57	LANTUS	61
<i>kcl 0.3%/d5w/nacl 0.45%</i>	57	LANTUS SOLOSTAR	61
<i>kcl 0.3%/d5w/nacl 0.9%</i>	57	<i>lapatinib ditosylate</i>	48
<i>kelnor 1/35</i>	18	<i>larin 1.5/30</i>	18
<i>kenalog-10</i>	20	<i>larin 1/20</i>	18
KERENDIA	6	<i>larin fe 1.5/30</i>	18
KESIMPTA	10	<i>larin fe 1/20</i>	18
<i>ketoconazole</i>	43	<i>latanoprost</i>	28
<i>ketorolac tromethamine</i>	28	LAZCLUZE	45
KINRIX	25	<i>leflunomide</i>	24
KISQALI	47	<i>lenalidomide</i>	44
KISQALI FEMARA 200 DOSE	45	LENVIMA 10 MG DAILY DOSE	48
KISQALI FEMARA 400 DOSE	45	LENVIMA 12MG DAILY DOSE	48
KISQALI FEMARA 600 DOSE	45	LENVIMA 14 MG DAILY DOSE	48
<i>klayesta</i>	43	LENVIMA 18 MG DAILY DOSE	48
<i>klor-con</i>	57	LENVIMA 20 MG DAILY DOSE	48
<i>klor-con 10</i>	57	LENVIMA 24 MG DAILY DOSE	48
<i>klor-con 8</i>	57	LENVIMA 4 MG DAILY DOSE	48
<i>klor-con m10</i>	57	LENVIMA 8 MG DAILY DOSE	48
<i>klor-con m15</i>	57	<i>lessina</i>	18
<i>klor-con m20</i>	57	<i>letrozole</i>	46
<i>klor-con/ef</i>	57	<i>leucovorin calcium</i>	45
KORLYM	21	LEUKERAN	44
KOSELUGO	47	<i>leuprolide acetate</i>	21
<i>kourzeq</i>	12	<i>levalbuterol</i>	32
<i>k-prime</i>	57	<i>levalbuterol hcl</i>	32
KRAZATI	48	<i>levalbuterol hydrochloride</i>	32

ID de formulario: 25503, Versión: 8, Fecha efectiva: 02/01/2025

Ultima actualización: 01/02/2025

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
LEVEMIR FLEXTOUCH	61	<i>losartan potassium</i>	6
<i>levetiracetam</i>	40	<i>losartan potassium/hydrochlorothiazide</i>	6
<i>levetiracetam er</i>	40	LOTEMAX	28
<i>levobunolol hcl</i>	26	<i>loteprednol etabonate</i>	28
<i>levocarnitine</i>	32	<i>lovastatin</i>	7
<i>levocetirizine dihydrochloride</i>	31	<i>loxapine</i>	51
<i>levofloxacin</i>	27	<i>lubiprostone</i>	15
<i>levofloxacin</i>	38	LUMAKRAS	48
<i>levofloxacin in d5w</i>	38	LUMIGAN	28
<i>levonest</i>	18	LUPRON DEPOT (1-MONTH)	21
<i>levonorgestrel and ethinyl estradiol</i>	18	LUPRON DEPOT (3-MONTH)	21
<i>levonorgestrel/ethinyl estradiol</i>	18	LUPRON DEPOT (4-MONTH)	21
<i>levora 0.15/30-28</i>	18	LUPRON DEPOT (6-MONTH)	21
<i>levo-t</i>	20	<i>lurasidone hydrochloride</i>	52
<i>levothyroxine sodium</i>	20	LYBALVI	52
<i>levoxyl</i>	20	LYNPARZA	48
LEXIVA	53	LYSODREN	45
<i>l-glutamine</i>	62	LYTGOBI	48
LIBERVANT	39	<i>magnesium sulfate</i>	57
<i>lidocaine</i>	35	<i>malathion</i>	15
<i>lidocaine hcl</i>	35	<i>maraviroc</i>	53
<i>lidocaine hcl jelly</i>	35	<i>marlissa</i>	18
<i>lidocaine hydrochloride</i>	35	MARPLAN	41
<i>lidocaine hydrochloride viscous</i>	12	MATULANE	44
<i>lidocaine viscous</i>	12	<i>matzim la</i>	5
<i>lidocaine/prilocaine</i>	35	MAVYRET	54
LILETTA	19	MAYZENT	10
<i>linezolid</i>	36	MAYZENT STARTER PACK	10
LINZESS	15	<i>meclizine hcl</i>	42
<i>liothyronine sodium</i>	20	<i>medroxyprogesterone acetate</i>	19
<i>lisinopril</i>	8	<i>mefloquine hydrochloride</i>	51
<i>lisinopril/hydrochlorothiazide</i>	6	<i>megestrol acetate</i>	19
<i>lithium</i>	28	MEKINIST	48
<i>lithium carbonate</i>	28	MEKTOVI	48
<i>lithium carbonate er</i>	28	<i>meloxicam</i>	35
LIVTENCITY	54	<i>memantine hcl titration pak</i>	3
LOKELMA	56	<i>memantine hydrochloride</i>	3
LONHALA MAGNAIR REFILL KIT	31	<i>memantine hydrochloride er</i>	3
LONHALA MAGNAIR STARTER KIT	31	MENACTRA	25
LONSURF	45	MENQUADFI	25
<i>loperamide hcl</i>	15	MENTAX	15
<i>lopinavir/ritonavir</i>	53	MENVEO	25
<i>lorazepam</i>	36	<i>mercaptopurine</i>	44
<i>lorazepam intensol</i>	35	<i>meropenem</i>	38
LORBRENA	48	<i>mesalamine</i>	9

ID de formulario: 25503, Versión: 8, Fecha efectiva: 02/01/2025

Ultima actualización: 01/02/2025

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>mesalamine dr</i>	9	<i>mirabegron er</i>	16
<i>mesalamine er</i>	9	<i>mirtazapine</i>	41
MESNEX	45	<i>mirtazapine odt</i>	41
<i>metformin hydrochloride</i>	60	<i>misoprostol</i>	16
<i>metformin hydrochloride er</i>	60	M-M-R II	25
<i>methadone hcl</i>	33	<i>modafinil</i>	12
<i>methazolamide</i>	26	<i>moexipril hcl</i>	8
<i>methenamine hippurate</i>	36	<i>molindone hydrochloride</i>	51
<i>methenamine mandelate</i>	36	<i>mometasone furoate</i>	14
<i>methimazole</i>	20	<i>mometasone furoate</i>	31
<i>methotrexate</i>	24	<i>mondoxyne nl</i>	39
<i>methotrexate sodium</i>	24	<i>montelukast sodium</i>	31
<i>methsuximide</i>	39	<i>morphine sulfate</i>	34
<i>methylphenidate hydrochloride</i>	11	<i>morphine sulfate er</i>	33
<i>methylphenidate hydrochloride cd</i>	11	MOUNJARO	60
<i>methylphenidate hydrochloride er</i>	11	MOVANTIK	15
<i>methylphenidate hydrochloride er (la)</i>	11	<i>moxifloxacin hydrochloride/sodium hydrochloride</i>	38
<i>methylprednisolone</i>	20	<i>moxifloxacin hydrochloride</i>	27
<i>methylprednisolone acetate</i>	20	<i>moxifloxacin hydrochloride</i>	38
<i>methylprednisolone dose pack</i>	20	MOZOBIL	59
<i>metoclopramide hcl</i>	15	MRESVIA	25
<i>metoclopramide hydrochloride</i>	15	MULTAQ	7
<i>metolazone</i>	8	<i>mupirocin</i>	15
<i>metoprolol succinate er</i>	4	<i>mycophenolate mofetil</i>	24
<i>metoprolol tartrate</i>	4	<i>mycophenolic acid dr</i>	24
<i>metoprolol/hydrochlorothiazide</i>	6	MYORISAN	13
<i>metronidazole</i>	13	MYRBETRIQ	16
<i>metronidazole</i>	36	<i>nabumetone</i>	35
<i>metronidazole vaginal</i>	36	<i>nadolol</i>	4
<i>metyrosine</i>	6	<i>nafcillin sodium</i>	38
<i>mexiletine hcl</i>	7	<i>naftifine hcl</i>	43
<i>mibelas 24 fe</i>	18	<i>naftifine hydrochloride</i>	43
<i>micafungin</i>	43	<i>naloxone hcl</i>	28
<i>miconazole 3</i>	43	<i>naloxone hydrochloride</i>	28
<i>microgestin 1.5/30</i>	18	<i>naltrexone hcl</i>	29
<i>microgestin 1/20</i>	18	NAMZARIC	3
<i>microgestin fe 1.5/30</i>	18	<i>naproxen</i>	35
<i>microgestin fe 1/20</i>	18	<i>naproxen dr</i>	35
<i>midodrine hcl</i>	6	<i>naproxen sodium</i>	35
<i>mifepristone</i>	21	<i>naproxen sodium cr</i>	35
<i>miglitol</i>	60	<i>naratriptan hcl</i>	3
<i>miglustat</i>	62	NATACYN	27
<i>minocycline hcl</i>	39	<i>nateglinide</i>	60
<i>minocycline hydrochloride</i>	39	NAYZILAM	40
<i>minoxidil</i>	8		

ID de formulario: 25503, Versión: 8, Fecha efectiva: 02/01/2025

Ultima actualización: 01/02/2025

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>nebivolol hydrochloride</i>	4	<i>nortriptyline hcl</i>	41
<i>necon 0.5/35-28</i>	18	<i>nortriptyline hydrochloride</i>	41
<i>nefazodone hydrochloride</i>	42	NORVIR	53
<i>neomycin sulfate</i>	36	NOVOLIN 70/30	61
<i>neomycin/bacitracin/polymyxin</i>	27	NOVOLIN 70/30 FLEXPEN	61
<i>neomycin/polymyxin/bacitracin/hydrocortisone</i>	27	NOVOLIN N	61
		NOVOLIN N FLEXPEN	61
<i>neomycin/polymyxin/dexamethasone</i>	27	NOVOLIN R	61
<i>neomycin/polymyxin/gramicidin</i>	27	NOVOLIN R FLEXPEN	61
<i>neomycin/polymyxin/hc</i>	33	NOVOLOG	61
<i>neomycin/polymyxin/hydrocortisone</i>	27	NOVOLOG FLEXPEN	61
<i>neomycin/polymyxin/hydrocortisone</i>	33	NOVOLOG MIX 70/30	61
<i>neo-polycin</i>	27	NOVOLOG MIX 70/30 PREFILLED	61
<i>neo-polycin hc</i>	27	FLEXPEN	
NERLYNX	48	NOVOLOG PENFILL	61
NEUAC	13	<i>np thyroid 120</i>	20
NEULASTA	59	<i>np thyroid 15</i>	20
NEULASTA ONPRO KIT	59	<i>np thyroid 30</i>	20
<i>nevirapine</i>	55	<i>np thyroid 60</i>	20
<i>nevirapine er</i>	55	<i>np thyroid 90</i>	20
NEXPLANON	19	NUBEQA	44
<i>niacin er</i>	7	NUEDEXTA	11
NICOTROL INHALER	28	NULOJIX	24
NICOTROL NS	28	NUPLAZID	52
<i>nifedipine er</i>	5	NURTEC	3
<i>nikki</i>	18	NUTRILIPID	32
<i>nilutamide</i>	44	NUVESSA	36
<i>nimodipine</i>	5	<i>nyamyc</i>	43
NINLARO	48	<i>nystatin</i>	43
<i>nitazoxanide</i>	51	<i>nystatin/triamcinolone</i>	13
<i>nitisinone</i>	62	<i>nystatin/triamcinolone acetonide</i>	13
<i>nitrofurantoin macrocrystals</i>	36	<i>nystop</i>	43
<i>nitrofurantoin monohydrate/macrocrystals</i>	36	OCTAGAM	23
<i>nitroglycerin</i>	8	<i>octreotide acetate</i>	21
<i>nitroglycerin</i>	15	ODEFSEY	55
<i>nitroglycerin transdermal</i>	8	ODOMZO	48
NIVA THYROID	20	OFEV	29
<i>norelgestromin/ethinyl estradiol</i>	18	<i>ofloxacin</i>	27
<i>norethindrone acetate</i>	19	<i>ofloxacin</i>	33
<i>norethindrone acetate/ethinyl estradiol</i>	19	OGSIVEO	45
<i>norethindrone acetate/ethinyl estradiol/ferrous fumarate</i>	18	OJEMDA	45
<i>nortrel 0.5/35 (28)</i>	19	OJJAARA	48
<i>nortrel 1/35</i>	19	<i>olanzapine</i>	52
<i>nortrel 7/7/7</i>	19	<i>olanzapine odt</i>	52
		<i>olmesartan medoxomil</i>	6

ID de formulario: 25503, Versión: 8, Fecha efectiva: 02/01/2025

Ultima actualización: 01/02/2025

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>olmesartan</i>	6	ORENITRAM TITRATION KIT MONTH	30
<i>medoxomil/amlodipine/hydrochlorothiazide</i>		2	
<i>olmesartan medoxomil/hydrochlorothiazide</i>	6	ORENITRAM TITRATION KIT MONTH	30
<i>olopatadine hcl</i>	26	3	
<i>olopatadine hydrochloride</i>	26	ORGOVYX	21
<i>omega-3-acid ethyl esters</i>	7	ORKAMBI	30
<i>omeprazole</i>	16	ORSERDU	44
<i>omeprazole dr</i>	16	<i>oseltamivir phosphate</i>	54
OMNIPOD 5 DEXCOM G7G6 INTRO KIT	32	OSMOPREP	15
(GEN 5)		OSPHENA	17
OMNIPOD 5 DEXCOM G7G6 PODS	32	OTEZLA	13
(GEN 5)		OTEZLA	22
OMNIPOD 5 G7 INTRO KIT (GEN 5)	32	<i>oxacillin sodium</i>	38
OMNIPOD 5 G7 PODS (GEN 5)	33	<i>oxaprozin</i>	35
OMNIPOD 5 LIBRE2 PLUS G6	33	<i>oxazepam</i>	36
OMNIPOD 5 LIBRE2 PLUS G6 PODS	33	<i>oxcarbazepine</i>	40
OMNIPOD CLASSIC PDM STARTER	33	<i>oxybutynin chloride</i>	17
KIT (GEN 3)		<i>oxybutynin chloride er</i>	16
OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3)	33	<i>oxycodone hydrochloride</i>	34
OMNIPOD DASH INTRO KIT (GEN 4)	33	<i>oxycodone/acetaminophen</i>	34
OMNIPOD DASH PDM KIT (GEN 4)	33	OZEMPIC	60
OMNIPOD DASH PODS (GEN 4)	33	<i>paclitaxel</i>	45
OMNIPOD GO 10 UNITS/DAY	33	<i>paliperidone er</i>	52
OMNIPOD GO 15 UNITS/DAY	33	PANRETIN	51
OMNIPOD GO 20 UNITS/DAY	33	<i>pantoprazole sodium</i>	16
OMNIPOD GO 25 UNITS/DAY	33	<i>paricalcitol</i>	9
OMNIPOD GO 30 UNITS/DAY	33	<i>paroxetine hcl</i>	42
OMNIPOD GO 35 UNITS/DAY	33	<i>paroxetine hydrochloride</i>	42
OMNIPOD GO 40 UNITS/DAY	33	PAXLOVID	55
<i>ondansetron hcl</i>	42	<i>pazopanib hydrochloride</i>	48
<i>ondansetron hydrochloride</i>	42	PEDIARIX	25
<i>ondansetron odt</i>	42	PEDVAX HIB	25
ONUREG	45	<i>peg-3350/electrolytes</i>	15
OPDIVO	44	<i>peg-3350/electrolytes/ascorbate</i>	15
OPIPZA	52	<i>peg-3350/nacl/na bicarbonate/kcl</i>	15
<i>opium</i>	15	<i>peg-3350/sodium sulf/naclpotassium cl/na</i>	15
<i>opium tincture</i>	15	<i>ascorbate/ascorbic</i>	
OPSUMIT	30	PEGASYS	23
OPVEE	28	PEGASYS	24
<i>oralone dental paste</i>	12	PEMAZYRE	48
ORENCIA	21	PENBRAYA	25
ORENCIA CLICKJECT	21	<i>penicillamine</i>	56
ORENITRAM	30	<i>penicillin g potassium</i>	38
ORENITRAM TITRATION KIT MONTH	30	<i>penicillin g potassium in iso-osmotic</i>	38
1		<i>dextrose</i>	

ID de formulario: 25503, Versión: 8, Fecha efectiva: 02/01/2025

Ultima actualización: 01/02/2025

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
PENICILLIN G SODIUM	38	<i>potassium chloride er</i>	57
<i>penicillin v potassium</i>	38	<i>potassium chloride/dextrose/sodium chloride</i>	57
PENTACEL	25	<i>potassium citrate er</i>	57
<i>pentamidine isethionate</i>	51	PRALUENT	7
<i>pentoxifylline er</i>	6	<i>pramipexole dihydrochloride</i>	4
<i>perindopril erbumine</i>	8	<i>prasugrel hydrochloride</i>	58
<i>periogard</i>	12	<i>pravastatin sodium</i>	7
<i>permethrin</i>	15	<i>praziquantel</i>	51
<i>perphenazine</i>	51	<i>prazosin hydrochloride</i>	4
PERSERIS	52	<i>prednicarbate</i>	14
<i>phenelzine sulfate</i>	41	<i>prednisolone</i>	20
<i>phenobarbital</i>	39	<i>prednisolone acetate</i>	28
<i>phenytek</i>	40	<i>prednisolone sodium phosphate</i>	20
<i>phenytoin</i>	40	<i>prednisolone sodium phosphate</i>	28
<i>phenytoin sodium extended</i>	40	<i>prednisone</i>	20
PHOSPHOLINE IODIDE	26	<i>pregabalin</i>	39
PIFELTRO	55	PREHEVBRIO	25
<i>pilocarpine hcl</i>	26	PREMARIN	19
<i>pilocarpine hydrochloride</i>	12	PREMASOL	57
<i>pimecrolimus</i>	14	<i>premium lidocaine</i>	35
<i>pimozide</i>	51	PREMPHASE	19
<i>pindolol</i>	4	<i>prenatal</i>	58
<i>pioglitazone hcl</i>	60	<i>prevalite</i>	7
<i>pioglitazone hcl/metformin hcl</i>	60	PREVYMIS	54
<i>pioglitazone hcl-glimepiride</i>	60	PREZCOBIX	53
<i>pioglitazone hydrochloride</i>	60	PREZISTA	53
<i>piperacillin sodium/tazobactam sodium</i>	38	PRIFTIN	43
PIQRAY 200MG DAILY DOSE	49	<i>primaquine phosphate</i>	51
PIQRAY 250MG DAILY DOSE	49	<i>primidone</i>	39
PIQRAY 300MG DAILY DOSE	49	PRIORIX	25
<i>pirfenidone</i>	29	PRIVIGEN	23
<i>piroxicam</i>	35	PROAIR RESPICLICK	32
<i>pitavastatin calcium</i>	7	<i>probenecid</i>	9
PLEGRIDY	10	<i>probenecid/colchicine</i>	9
PLEGRIDY STARTER PACK	10	<i>prochlorperazine</i>	42
PLENAMINE	57	<i>prochlorperazine edisylate</i>	42
<i>plerixafor</i>	59	<i>prochlorperazine maleate</i>	42
<i>podofilox</i>	13	PROCRIT	59
<i>polycin</i>	27	PROCTOFOAM HC	13
<i>polymyxin b sulfate/trimethoprim sulfate</i>	27	<i>procto-med hc</i>	9
POMALYST	44	<i>proctosol hc</i>	9
<i>portia-28</i>	19	<i>proctozone-hc</i>	9
<i>posaconazole</i>	43	<i>progesterone</i>	19
<i>posaconazole dr</i>	43	PROGRAF	24
<i>potassium chloride</i>	57		

ID de formulario: 25503, Versión: 8, Fecha efectiva: 02/01/2025

Ultima actualización: 01/02/2025

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
PROLASTIN-C	62	REBIF	10
PROLENSA	28	REBIF REBIDOSE	10
PROLIA	9	REBIF REBIDOSE TITRATION PACK	10
PROMACTA	59	REBIF TITRATION PACK	10
<i>promethazine hcl</i>	42	RECOMBIVAX HB	25
<i>promethazine hydrochloride</i>	42	RECTIV	15
<i>promethazine hydrochloride plain</i>	42	RELENZA DISKHALER	54
<i>propafenone hcl</i>	7	<i>repaglinide</i>	60
<i>propafenone hydrochloride</i>	7	REPATHA	7
<i>propafenone hydrochloride er</i>	7	REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM	7
<i>propranolol hcl</i>	4	REPATHA SURECLICK	7
<i>propranolol hcl er</i>	4	RESTASIS	27
<i>propranolol hydrochloride</i>	5	RESTASIS MULTIDOSE	27
<i>propranolol hydrochloride er</i>	5	RETACRIT	59
<i>propylthiouracil</i>	20	RETEVMO	49
PROQUAD	25	REVCOVI	62
PROSOL	57	REVLIMID	44
<i>protriptyline hcl</i>	41	REXULTI	52
PULMOZYME	30	REYATAZ	53
PURIXAN	44	REZLIDHIA	49
<i>pyrazinamide</i>	43	REZUROCK	24
<i>pyridostigmine bromide</i>	4	RHOPRESSA	26
<i>pyridostigmine bromide er</i>	4	<i>ribavirin</i>	54
<i>pyrimethamine</i>	51	<i>rifabutin</i>	43
PYRUKYND	62	<i>rifampin</i>	43
PYRUKYND TAPER PACK	62	<i>riluzole</i>	12
QINLOCK	49	<i>rimantadine hydrochloride</i>	54
QUADRACEL	25	RINVOQ	22
<i>quetiapine fumarate</i>	52	RINVOQ LQ	22
<i>quinapril hydrochloride</i>	8	<i>risedronate sodium</i>	9
<i>quinapril/hydrochlorothiazide</i>	6	<i>risedronate sodium dr</i>	9
<i>quinidine gluconate cr</i>	7	RISPERDAL CONSTA	52
<i>quinidine sulfate</i>	7	<i>risperidone</i>	52
<i>quinine sulfate</i>	51	<i>risperidone er</i>	53
QVAR REDIHALER	31	<i>risperidone odt</i>	53
RABAVERT	25	<i>ritonavir</i>	53
<i>rabeprazole sodium</i>	16	<i>rivastigmine tartrate</i>	3
RADICAVA ORS	12	<i>rivastigmine transdermal system</i>	3
RADICAVA ORS STARTER KIT	12	<i>rizatriptan benzoate</i>	3
<i>raloxifene hydrochloride</i>	17	<i>rizatriptan benzoate odt</i>	3
<i>ramelteon</i>	12	ROCKLATAN	27
<i>ramipril</i>	8	<i>roflumilast</i>	32
<i>ranolazine er</i>	6	<i>ropinirole er</i>	4
<i>rasagiline mesylate</i>	4	<i>ropinirole hcl</i>	4
RAYALDEE	9	<i>ropinirole hydrochloride</i>	4

ID de formulario: 25503, Versión: 8, Fecha efectiva: 02/01/2025

Ultima actualización: 01/02/2025

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>rosadan</i>	13	<i>sodium fluoride 5000 plus</i>	12
<i>rosuvastatin calcium</i>	7	<i>sodium fluoride 5000 ppm</i>	12
ROTARIX	25	SODIUM OXYBATE	12
ROTATEQ	25	<i>sodium phenylbutyrate</i>	62
<i>roweepira</i>	40	<i>sodium polystyrene sulfonate</i>	56
ROZLYTREK	49	<i>sodium sulfate/potassium sulfate/magnesium sulfate</i>	15
RUBRACA	49	<i>sofosbuvir/velpatasvir</i>	54
<i>rufinamide</i>	40	<i>solifenacin succinate</i>	17
RUKOBIA	53	SOLTAMOX	44
RYBELSUS	60	SOLU-CORTEF	20
RYDAPT	49	SOMATULINE DEPOT	21
<i>salsalate</i>	35	SOMAVERT	21
SANTYL	13	<i>sorafenib</i>	49
<i>sapropterin dihydrochloride</i>	62	<i>sorafenib tosylate</i>	49
SAVELLA	10	<i>sorine</i>	7
SAVELLA TITRATION PACK	10	<i>sotalol hcl</i>	7
<i>saxagliptin hydrochloride</i>	60	<i>sotalol hydrochloride (af)</i>	7
<i>saxagliptin hydrochloride/metformin hydrochloride er</i>	60	SPIRIVA RESPIMAT	31
SCSEMBLIX	49	<i>spironolactone</i>	6
<i>scopolamine</i>	42	<i>spironolactone/hydrochlorothiazide</i>	6
SECUADO	53	SPRITAM	40
<i>selegiline hcl</i>	4	SPRYCEL	49
<i>selenium sulfide</i>	14	<i>sps</i>	56
SELZENTRY	53	<i>ssd</i>	13
SEREVENT DISKUS	32	STAMARIL	25
<i>sertraline hcl</i>	42	STELARA	22
<i>sertraline hydrochloride</i>	42	<i>sterile water for irrigation</i>	33
<i>sevelamer carbonate</i>	56	STIOLTO RESPIMAT	29
<i>sf 5000 plus</i>	12	STIVARGA	49
<i>sharobel</i>	19	<i>streptomycin sulfate</i>	36
SHINGRIX	25	STRIBILD	54
SIGNIFOR	21	STRIVERDI RESPIMAT	32
<i>sildenafil citrate</i>	30	<i>subvenite</i>	40
<i>silver sulfadiazine</i>	13	<i>subvenite starter kit/blue</i>	40
SIMBRINZA	27	<i>subvenite starter kit/green</i>	41
<i>simvastatin</i>	7	<i>subvenite starter kit/orange</i>	41
<i>sirolimus</i>	24	SUCRAID	62
SIRTURO	43	<i>sucrafate</i>	16
SKYRIZI	22	<i>sulfacetamide sodium</i>	27
SKYRIZI PEN	22	<i>sulfacetamide sodium</i>	38
<i>sodium chloride</i>	58	<i>sulfacetamide sodium/prednisolone sodium phosphate</i>	27
<i>sodium chloride 0.45%</i>	58	<i>sulfadiazine</i>	38
<i>sodium chloride 0.9%</i>	33	<i>sulfamethoxazole/trimethoprim</i>	38
<i>sodium fluoride</i>	12		

ID de formulario: 25503, Versión: 8, Fecha efectiva: 02/01/2025

Ultima actualización: 01/02/2025

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>sulfamethoxazole/trimethoprim ds</i>	38	<i>telmisartan/amlodipine</i>	6
SULFAMYLON	15	<i>telmisartan/hydrochlorothiazide</i>	6
<i>sulfasalazine</i>	9	<i>temazepam</i>	12
<i>sulindac</i>	35	TENIVAC	25
<i>sumatriptan</i>	3	<i>tenofovir disoproxil fumarate</i>	55
<i>sumatriptan succinate</i>	3	TEPMETKO	50
<i>sumatriptan succinate refill</i>	3	<i>terazosin hcl</i>	16
<i>sunitinib malate</i>	49	<i>terazosin hydrochloride</i>	16
SUNLENCA	53	<i>terbinafine hcl</i>	43
SYMLINPEN 120	60	<i>terconazole</i>	43
SYMLINPEN 60	60	<i>teriflunomide</i>	10
SYMPAZAN	39	<i>teriparatide</i>	9
SYMTUZA	53	<i>testosterone</i>	17
SYNAREL	21	<i>testosterone cypionate</i>	17
SYNJARDY	60	<i>testosterone enanthate</i>	17
SYNJARDY XR	60	<i>testosterone pump</i>	17
SYNRIBO	45	<i>tetrabenazine</i>	12
SYNTHROID	20	<i>tetracycline hydrochloride</i>	39
TABLOID	45	THALOMID	44
TABRECTA	49	<i>theophylline</i>	32
<i>tacrolimus</i>	14	<i>theophylline er</i>	32
<i>tacrolimus</i>	24	<i>thioridazine hcl</i>	51
<i>tadalafil</i>	16	<i>thiothixene</i>	51
<i>tadalafil</i>	30	THYROID	20
TAFINLAR	49	<i>tiadylt er</i>	5
<i>tafluprost</i>	28	<i>tiagabine hydrochloride</i>	39
TAGRISSO	50	TIBSOVO	50
TALZENNA	50	TICOVAC	25
<i>tamoxifen citrate</i>	44	<i>tigecycline</i>	36
<i>tamsulosin hydrochloride</i>	16	<i>timolol hemihydrate</i>	26
<i>tarina fe 1/20 eq</i>	19	<i>timolol maleate</i>	3
TASIGNA	50	<i>timolol maleate</i>	26
<i>tasimelteon</i>	12	<i>timolol maleate ophthalmic gel forming</i>	26
TAVNEOS	22	<i>tinidazole</i>	36
<i>taysofy</i>	19	<i>tiopronin dr</i>	16
<i>tazarotene</i>	13	TIVICAY	54
<i>tazicef</i>	37	TIVICAY PD	54
<i>taztia xt</i>	5	<i>tizanidine hcl</i>	3
TAZVERIK	50	<i>tizanidine hydrochloride</i>	3
<i>tdvax</i>	25	TOBI PODHALER	30
<i>techlite insulin syringe u-100/0.5ml/30g x 1/2"</i>	33	TOBRADEX ST	27
TEFLARO	37	<i>tobramycin</i>	27
TEKTRUNA HCT	6	<i>tobramycin sulfate</i>	36
<i>telmisartan</i>	6	<i>tobramycin/dexamethasone</i>	27
		<i>tolterodine tartrate</i>	17

ID de formulario: 25503, Versión: 8, Fecha efectiva: 02/01/2025

Ultima actualización: 01/02/2025

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>tolterodine tartrate er</i>	17	<i>trivora-28</i>	19
<i>topiramate</i>	41	TRIZIVIR	55
<i>toremifene citrate</i>	44	TROPHAMINE	58
<i>torse mide</i>	8	<i>trospium chloride</i>	17
TOUJEO MAX SOLOSTAR	61	<i>trueplus insulin syringe /u-100/1ml/29g x</i>	33
TOUJEO SOLOSTAR	61	<i>1/2"</i>	
TRACLEER	30	<i>trueplus pen needles 29gx12mm</i>	33
TRADJENTA	60	TRULICITY	60
<i>tramadol hydrochloride</i>	34	TRUMENBA	25
<i>tramadol hydrochloride er</i>	33	TRUQAP	50
<i>tramadol hydrochloride/acetaminophen</i>	34	TRUSELTIQ	45
<i>trandolapril</i>	8	TUKYSA	50
<i>trandolapril/verapamil hcl er</i>	6	TURALIO	50
<i>tranexamic acid</i>	58	<i>turqoz</i>	19
<i>tranylcypromine sulfate</i>	41	TWINRIX	26
TRAVASOL	58	TYBOST	53
<i>travoprost</i>	28	TYPHIM VI	26
<i>trazodone hydrochloride</i>	42	TYRVAYA	28
TRECTOR	43	UBRELVY	3
TRELEGY ELLIPTA	29	UDENYCA	59
TRESIBA	61	UDENYCA ONBODY	59
TRESIBA FLEXTOUCH	61	<i>unithroid</i>	20
<i>tretinoin</i>	13	<i>ursodiol</i>	15
<i>tretinoin</i>	51	<i>valacyclovir hydrochloride</i>	54
<i>tretinoin microsphere</i>	13	VALCHLOR	44
TREXALL	24	<i>valganciclovir</i>	54
<i>triamcinolone acetonide</i>	14	<i>valganciclovir hydrochloride</i>	54
<i>triamcinolone acetonide</i>	20	<i>valproic acid</i>	41
<i>triamcinolone acetonide dental paste</i>	12	<i>valsartan</i>	6
<i>triamterene</i>	8	<i>valsartan/hydrochlorothiazide</i>	6
<i>triamterene/hydrochlorothiazide</i>	6	VALTOCO 10 MG DOSE	39
<i>triazolam</i>	12	VALTOCO 15 MG DOSE	39
<i>trientine hydrochloride</i>	56	VALTOCO 20 MG DOSE	39
<i>trifluoperazine hcl</i>	51	VALTOCO 5 MG DOSE	39
<i>trifluoperazine hydrochloride</i>	51	<i>vancomycin</i>	37
<i>trifluridine</i>	27	<i>vancomycin hcl</i>	37
<i>trihexyphenidyl hcl</i>	4	<i>vancomycin hydrochloride</i>	37
<i>trihexyphenidyl hydrochloride</i>	4	VANFLYTA	50
<i>trimethoprim</i>	36	VAQTA	26
<i>trimipramine maleate</i>	41	<i>varenicline starting month</i>	28
TRINTELLIX	42	<i>varenicline tartrate</i>	28
<i>tri-sprintec</i>	19	VARIVAX	26
TRITOCIN	14	VAXCHORA	26
TRIUMEQ	55	<i>velivet</i>	19
TRIUMEQ PD	55	VELPHORO	56

ID de formulario: 25503, Versión: 8, Fecha efectiva: 02/01/2025

Ultima actualización: 01/02/2025

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
VEMLIDY	55	XDEMZY	27
VENCLEXTA	50	XELJANZ	22
VENCLEXTA STARTING PACK	50	XELJANZ XR	22
<i>venlafaxine hcl er</i>	42	XERMELO	15
<i>venlafaxine hydrochloride</i>	42	XGEVA	9
<i>venlafaxine hydrochloride er</i>	42	XIFAXAN	16
VENTAVIS	30	XIGDUO XR	60
VEOZAH	12	XIIDRA	27
<i>verapamil hcl</i>	5	XOFLUZA	54
<i>verapamil hcl er</i>	5	XOLAIR	22
<i>verapamil hcl sr</i>	5	XOSPATA	50
<i>verapamil hydrochloride</i>	5	XPOVIO	50
<i>verapamil hydrochloride er</i>	5	XPOVIO 60 MG TWICE WEEKLY	50
VERQUVO	8	XPOVIO 80 MG TWICE WEEKLY	50
VERSACLOZ	52	XTANDI	44
VERZENIO	50	<i>xulane</i>	19
VIBRAMYCIN	39	YARGESA	62
<i>vigabatrin</i>	39	YERVOY	44
<i>vigadrone</i>	39	YF-VAX	26
VIGAFYDE	39	<i>yuvafem</i>	19
<i>vigpoder</i>	39	<i>zafemy</i>	19
VIIBRYD STARTER PACK	42	<i>zafirlukast</i>	31
<i>vilazodone hydrochloride</i>	42	<i>zaleplon</i>	12
VIRACEPT	53	ZARXIO	59
VIREAD	55	ZEJULA	50
VITRAKVI	50	ZELBORAF	50
VIVITROL	29	ZENATANE	13
VIZIMPRO	50	ZENPEP	62
VONJO	45	ZEPOSIA	10
VORANIGO	45	ZEPOSIA 7-DAY STARTER PACK	10
<i>voriconazole</i>	43	ZEPOSIA STARTER KIT	10
VOSEVI	54	<i>zidovudine</i>	55
VOWST	16	<i>ziprasidone hcl</i>	53
VRAYLAR	53	<i>ziprasidone mesylate</i>	53
VUMERITY	10	ZIRGAN	27
<i>vyfemla</i>	19	<i>zoledronic acid</i>	9
VYZULTA	28	ZOLINZA	45
<i>warfarin sodium</i>	59	<i>zolpidem tartrate</i>	12
WELIREG	62	ZONISADE	40
<i>wixela inhub</i>	29	<i>zonisamide</i>	40
XALKORI	50	ZOSYN	38
XARELTO	59	<i>zovia 1/35</i>	19
XARELTO STARTER PACK	59	ZTALMY	40
XATMEP	24	ZURZUVAE	41
XCOPRI	40	ZYDELIG	50

ID de formulario: 25503, Versión: 8, Fecha efectiva: 02/01/2025

Ultima actualización: 01/02/2025

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
ZYKADIA	50
ZYPREXA RELPREVV	53

ID de formulario: 25503, Versión: 8, Fecha efectiva: 02/01/2025
Ultima actualización: 01/02/2025

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



Este formulario se actualizó el 02 de enero de 2025.

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



1 Wellness Way
Canton, MA 02021