



a Point32Health company

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

Planes de Tufts Medicare Preferred HMO

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

25502 Versión 18

Este formulario se actualizó el 01 de diciembre de 2025. Para obtener información más reciente o hacer otras preguntas, comuníquese con Servicios para Miembros de Tufts Medicare Preferred HMO al **1-800-701-9000** (los usuarios de TTY deben llamar al 711), de 8 a.m. a 8 p.m., 7 días a la semana desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo y de lunes a viernes, desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, o visite www.thpmp.org.

H2256_2025_17_C_SPA

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

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

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

Este documento incluye la Lista de Medicamentos (formulario) para nuestro plan que estará vigente a partir el 01 de diciembre de 2025. Para obtener una Lista de Medicamentos (formulario) actualizada, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto, junto con la fecha más reciente de actualización de la Lista de Medicamentos (formulario), aparece en la portada y la contraportada.

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

¿Qué es el formulario de Tufts Medicare Preferred HMO?

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

¿El formulario puede cambiar?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

El formulario adjunto estará vigente a partir el 01 de diciembre de 2025. Para obtener información actualizada sobre los medicamentos cubiertos por Tufts Medicare Preferred HMO, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto aparece en la portada y la contraportada. En caso de un cambio en el formulario a mitad de año que no sea de mantenimiento, se le informará mediante una hoja de fe de erratas.

¿Cómo uso el Formulario?

Hay dos formas de encontrar un medicamento en el formulario:

Condición médica

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

Lista alfabética

Si no está seguro de en qué categoría buscar, debe buscar su medicamento en el índice que comienza en la página 63. El índice muestra una lista alfabética de todos los medicamentos que se incluyen en este documento. En este índice aparecen los medicamentos genéricos y los de marca. Busque en el índice y encuentre su medicamento. A un lado del medicamento, verá el número de la página donde puede encontrar información sobre la cobertura. Vaya a la página que se indica en el índice y busque el nombre del medicamento en la primera columna de la lista.

¿Qué son los medicamentos genéricos?

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

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

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

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

¿Mi cobertura tiene alguna restricción?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Para obtener más información

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

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

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

Formulario de Tufts Medicare Preferred HMO

El formulario que comienza en la página 3 proporciona información sobre los medicamentos cubiertos por Tufts Medicare Preferred HMO. Si tiene problemas para encontrar su medicamento en la lista, diríjase al índice que comienza en la página 63.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

PA: Se requiere autorización previa

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Cobertura adicional

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

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

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

- Vacunas contra la COVID-19
- Vacunas contra la gripe
- Vacunas contra la neumonía (por ejemplo, Pneumovax 23 y Prevnar 13)

Medicamentos orales contra el cáncer de Part B: Algunos medicamentos orales contra el cáncer están cubiertos por los beneficios médicos del plan y pueden obtenerse en las farmacias minoristas participantes. Algunos medicamentos orales contra el cáncer cubiertos por Part B son:

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

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

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

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

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

Costos compartidos en farmacia minorista: farmacia preferida

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

Beneficios de medicamentos recetados: Cobertura inicial	Tufts Medicare Preferred HMO Smart Saver Rx			Tufts Medicare Preferred HMO Saver Rx			Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx		
Costos compartidos en farmacia minorista: farmacia no preferida									
Nivel	Suministro para 30 días	Suministro para 60 días	Suministro para 90 días	Suministro para 30 días	Suministro para 60 días	Suministro para 90 días	Suministro para 30 días	Suministro para 60 días	Suministro para 90 días
Nivel 1 (Genérico preferido)	\$14	\$28	\$42	\$14	\$28	\$42	\$14/\$6*	\$28/\$12*	\$42/\$18*
	* Solo en el condado de Worcester								
Nivel 2 (Genérico)	\$20	\$40	\$60	\$20	\$40	\$60	\$19/\$11*	\$38/\$22*	\$57/\$33*
	* Solo en el condado de Worcester								
Nivel 3 (Marca preferida)	23% del costo (Insulina: \$35)	23% del costo (Insulina: \$70)	23% del costo (Insulina: \$105)	23% del costo (Insulina: \$35)	23% del costo (Insulina: \$70)	23% del costo (Insulina: \$105)	23% del costo (Insulina: \$35)	23% del costo (Insulina: \$70)	23% del costo (Insulina: \$105)
Nivel 4 (Medicamento no preferido)	50% del costo (Insulina: \$35)	50% del costo (Insulina: \$70)	50% del costo (Insulina: \$105)	50% del costo (Insulina: \$35)	50% del costo (Insulina: \$70)	50% del costo (Insulina: \$105)	50% del costo (Insulina: \$35)	50% del costo (Insulina: \$70)	50% del costo (Insulina: \$105)
Nivel 5 (Nivel de especialidad)	33% del costo	N/A	N/A	33% del costo	N/A	N/A	33% del costo	N/A	N/A
Nivel 6 (Vacunas)	\$0	N/A	N/A	\$0	N/A	N/A	\$0	N/A	N/A
Costos compartidos de farmacia de pedido por correo									
Nivel	Suministro para 30 días	Suministro para 60 días	Suministro para 90 días	Suministro para 30 días	Suministro para 60 días	Suministro para 90 días	Suministro para 30 días	Suministro para 60 días	Suministro para 90 días
Nivel 1 (Genérico preferido)	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
Nivel 2 (Genérico)	\$6	\$12	\$12	\$6	\$12	\$12	\$4/\$0*	\$8/\$0*	\$8/\$0*
	* Solo en el condado de Worcester								
Nivel 3 (Marca preferida)	23% del costo (Insulina: \$35)	23% del costo (Insulina: \$70)	23% del costo (Insulina: \$70)	23% del costo (Insulina: \$35)	23% del costo (Insulina: \$70)	23% del costo (Insulina: \$70)	23% del costo (Insulina: \$35)	23% del costo (Insulina: \$70)	23% del costo (Insulina: \$70)
Nivel 4 (Medicamento no preferido)	50% del costo (Insulina: \$35)	50% del costo (Insulina: \$70)	50% del costo (Insulina: \$105)	50% del costo (Insulina: \$35)	50% del costo (Insulina: \$70)	50% del costo (Insulina: \$105)	50% del costo (Insulina: \$35)	50% del costo (Insulina: \$70)	50% del costo (Insulina: \$105)
Nivel 5 (Nivel de especialidad)	33% del costo	N/A	N/A	33% del costo	N/A	N/A	33% del costo	N/A	N/A
Nivel 6 (Vacunas)	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Beneficios de medicamentos recetados: Cobertura catastrófica	Tufts Medicare Preferred HMO Smart Saver Rx			Tufts Medicare Preferred HMO Saver Rx			Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx		
	Después de que sus desembolsos anuales para medicamentos (incluidos los medicamentos adquiridos en su farmacia minorista y a través de pedido por correo) alcancen los \$2,000, usted no paga nada por medicamentos cubiertos de Part D ni medicamentos excluidos que estén cubiertos por nuestro beneficio mejorado. Durante este período de pago, el plan paga el costo total de sus medicamentos cubiertos de Part D y de los medicamentos excluidos que están cubiertos por nuestro beneficio mejorado.								

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

Costos compartidos en farmacia minorista: farmacia no preferida

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

Costos compartidos de farmacia de pedido por correo

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

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

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

Tabla de contenidos

Agentes antidemencia.....	3
Agentes antiespásticos.....	3
Agentes antiyaquecosos	3
Agentes antimiasténicos.....	4
Agentes antiparkinsonianos	4
Agentes cardiovasculares.....	4
Agentes de antigout.....	9
Agentes de la enfermedad inflamatoria intestinal	9
Agentes de las enfermedades óseas metabólicas	9
Agentes del sistema nervioso central	10
Agentes del trastorno del sueño	12
Agentes dentales y orales	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)	20
Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (tiroides)	21
Agentes hormonales, inhibidor (tiroides).....	21
Agentes hormonales, supresores (suprarrenales o pituitaria).....	21
Agentes inmunológicos.....	22
Agentes oftálmicos	26
Agentes para la bipolaridad.....	29
Agentes para tratamientos antiadicción/contra la drogadicción	29
Agentes para vías respiratorias/pulmonares.....	29
Agentes Terapéuticos, Misceláneos	32
Agentes óticos.....	33
Analgésicos	34
Anestésicos.....	36
Ansiolíticos	36
Antibacterianos	36
Anticonvulsivos	40
Antidepresivos	42
Antidepressants.....	43
Antieméticos	43
Antimicobacterianos.....	44
Antimicóticos	44
Antineoplásicos.....	45
Antiparasitarios	50
Antipsicóticos	51
Antivírico	52

ID de formulario: 25502, Versión: 18, Fecha efectiva: 12/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de diciembre de 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	55
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: 25502, Versión: 18, Fecha efectiva: 12/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de diciembre de 2025

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

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

ID de formulario: 25502, Versión: 18, Fecha efectiva: 12/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de diciembre de 2025

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

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

ID de formulario: 25502, Versión: 18, Fecha efectiva: 12/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de diciembre de 2025

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>labetalol hydrochloride tabs 100mg, 200mg, 300mg</i>	3	
<i>metoprolol succinate er</i>	2	
<i>metoprolol tartrate tabs 100mg, 25mg, 37.5mg, 50mg</i>	1	
<i>metoprolol tartrate tabs 75mg</i>	3	
<i>nadolol tabs 20mg, 40mg, 80mg</i>	2	
<i>nebivolol hydrochloride</i>	3	
<i>pindolol tabs</i>	4	
<i>propranolol hcl soln 40mg/5ml</i>	3	
<i>propranolol hcl tabs 40mg</i>	2	
<i>propranolol hydrochloride er</i>	3	
<i>propranolol hydrochloride soln</i>	3	
<i>propranolol hydrochloride tabs 10mg, 20mg, 60mg, 80mg</i>	2	
Agentes bloqueantes del canal de calcio, dihidropiridinas		
<i>amlodipine besylate tabs</i>	1	
<i>felodipine er</i>	2	
<i>nifedipine er</i>	3	
<i>nimodipine caps</i>	4	
Agentes bloqueantes del canal de calcio, no dihidropiridinas		
<i>cartia xt</i>	3	
<i>dilt-xr</i>	3	
<i>diltiazem hcl cd</i>	3	
<i>diltiazem hcl er cp24 120mg, 180mg, 240mg, 420mg</i>	3	
<i>diltiazem hcl er cp12</i>	4	
<i>diltiazem hcl er tb24 300mg, 360mg, 420mg</i>	4	
<i>diltiazem hcl tabs 30mg, 60mg</i>	2	
<i>diltiazem hydrochloride er cp24</i>	3	
<i>diltiazem hydrochloride er tb24 120mg, 180mg, 240mg, 300mg, 360mg</i>	4	
<i>diltiazem hydrochloride tabs 120mg, 90mg</i>	2	
<i>matzim la</i>	4	
<i>taztia xt</i>	3	
<i>tiadylt er</i>	3	
<i>verapamil hcl er cp24 100mg, 120mg, 180mg, 240mg, 300mg</i>	4	
<i>verapamil hcl er tbc 120mg</i>	2	
<i>verapamil hcl sr cp24</i>	4	
<i>verapamil hcl tabs 40mg, 80mg</i>	2	
<i>verapamil hydrochloride er cp24</i>	4	
<i>verapamil hydrochloride er tbc 180mg, 240mg</i>	2	
<i>verapamil hydrochloride sr cp24 360mg</i>	4	
<i>verapamil hydrochloride tabs 120mg</i>	2	
Agentes cardiovasculares, otros		
<i>aliskiren</i>	1	
<i>amiloride/hydrochlorothiazide</i>	2	
<i>amlodipine besylate/atorvastatin calcium</i>	1	

ID de formulario: 25502, Versión: 18, Fecha efectiva: 12/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de diciembre de 2025

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

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

ID de formulario: 25502, Versión: 18, Fecha efectiva: 12/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de diciembre de 2025

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>olmesartan medoxomil tabs</i>	1	
<i>telmisartan</i>	1	
<i>valsartan tabs</i>	1	
Antagonistas de los receptores de mineralocorticoides		
<i>eplerenone</i>	3	
KERENDIA	4	PA
<i>spironolactone tabs</i>	2	
Antiarrítmicos		
<i>amiodarone hydrochloride tabs 200mg</i>	2	
<i>amiodarone hydrochloride tabs 100mg, 400mg</i>	3	
<i>digitek tabs 0.125mg, 0.25mg</i>	2	
<i>digoxin oral soln</i>	2	
<i>digoxin inj 0.25mg/ml</i>	2	
<i>digoxin tabs 125mcg, 250mcg</i>	2	
<i>dofetilide</i>	3	
<i>flecainide acetate</i>	2	
<i>mexiletine hydrochloride caps</i>	3	
MULTAQ	3	
<i>propafenone hcl</i>	3	
<i>propafenone hydrochloride</i>	3	
<i>propafenone hydrochloride er</i>	4	
<i>quinidine gluconate cr</i>	4	
<i>quinidine gluconate er</i>	4	
<i>quinidine sulfate tabs</i>	3	
<i>sorine</i>	2	
<i>sotalol hcl tabs 120mg, 160mg, 240mg</i>	2	
<i>sotalol hydrochloride (af)</i>	2	
<i>sotalol hydrochloride tabs 80mg</i>	2	
Dislipídicos, derivados del ácido fibríco		
<i>fenofibrate micronized caps 134mg, 200mg, 67mg</i>	3	
<i>fenofibrate caps 130mg, 43mg</i>	3	
<i>fenofibrate caps 150mg, 50mg</i>	4	
<i>fenofibrate tabs 145mg, 160mg, 48mg, 54mg</i>	2	
<i>fenofibric acid dr</i>	3	
<i>gemfibrozil tabs</i>	3	
Dislipídicos, inhibidores de la HMG CoA reductasa		
<i>atorvastatin calcium</i>	1	
FLOLIPID	3	
<i>fluvastatin</i>	1	
<i>fluvastatin sodium er</i>	1	
<i>lovastatin tabs</i>	1	
<i>pitavastatin calcium</i>	1	
<i>pravastatin sodium</i>	1	
<i>rosuvastatin calcium tabs</i>	1	

ID de formulario: 25502, Versión: 18, Fecha efectiva: 12/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de diciembre de 2025

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>simvastatin tabs</i>	1	
Dislipidémicos, otros		
<i>cholestyramine light powd</i>	3	
<i>cholestyramine light pack</i>	4	
<i>cholestyramine powd</i>	3	
<i>cholestyramine pack</i>	4	
<i>colestipol hydrochloride gran</i>	2	
<i>colestipol hydrochloride pack, tabs</i>	4	
<i>ezetimibe</i>	2	
<i>ezetimibe/simvastatin</i>	1	
<i>icosapent ethyl</i>	4	
<i>niacin er</i>	4	
<i>omega-3-acid ethyl esters</i>	3	
PRALUENT	3	PA
<i>prevalite powd</i>	3	
<i>prevalite pack</i>	4	
REPATHA	3	PA
REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM	3	PA
REPATHA SURECLICK	3	PA
Diuréticos, ahorrador de potasio		
<i>amiloride hcl tabs</i>	2	
<i>triamterene caps</i>	4	
Diuréticos, evacuación		
<i>bumetanide inj</i>	2	
<i>bumetanide tabs</i>	3	
<i>ethacrynic acid tabs</i>	4	
<i>furosemide tabs</i>	1	
<i>furosemide oral soln</i>	2	
<i>furosemide inj</i>	4	
<i>torsemide tabs</i>	3	
Diuréticos, tiazida		
<i>chlorthalidone tabs 25mg, 50mg</i>	2	
<i>hydrochlorothiazide caps, tabs</i>	1	
<i>indapamide tabs</i>	2	
<i>metolazone</i>	2	
Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (ACE)		
<i>benazepril hydrochloride tabs</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 hydrochloride</i>	1	
<i>perindopril erbumine</i>	1	
<i>quinapril hydrochloride</i>	1	

ID de formulario: 25502, Versión: 18, Fecha efectiva: 12/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de diciembre de 2025

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

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

ID de formulario: 25502, Versión: 18, Fecha efectiva: 12/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de diciembre de 2025

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>alendronate sodium soln</i>	4	
BONSITY	5	PA; NEDS SP
<i>calcitonin salmon</i>	3	
<i>calcitonin-salmon</i>	3	
<i>calcitriol caps 0.25mcg, 0.5mcg</i>	2	
<i>calcitriol soln 1mcg/ml</i>	4	
<i>cinacalcet hydrochloride</i>	4	
<i>paricalcitol</i>	4	
PROLIA	4	PA
RAYALDEE	5	NEDS SP
<i>risedronate sodium</i>	3	
<i>risedronate sodium dr</i>	4	
<i>teriparatide</i>	5	PA; NEDS SP
XGEVA	5	PA; NEDS SP
<i>zoledronic acid</i>	2	
Agentes del sistema nervioso central		
<i>Agentes de esclerosis múltiple</i>		
AVONEX PEN	5	NEDS SP
AVONEX INJ 30MCG/0.5ML	5	NEDS SP
BETASERON	5	NEDS SP
<i>dalfampridine er</i>	3	
<i>dimethyl fumarate</i>	4	
<i>fingolimod hydrochloride</i>	5	NEDS SP
<i>glatiramer acetate inj 40mg/ml</i>	5	QL(12 ML por 28 días); NEDS SP
<i>glatiramer acetate inj 20mg/ml</i>	5	QL(30 ML por 30 días); NEDS SP
KESIMPTA	5	PA; NEDS SP
MAYZENT	5	NEDS SP
MAYZENT STARTER PACK TBPK 0.25MG	4	
MAYZENT STARTER PACK TBPK 0.25MG	5	NEDS SP
PLEGRIDY	5	NEDS SP
PLEGRIDY STARTER PACK	5	NEDS SP
REBIF	5	ST; NEDS SP
REBIF REBIDOSE	5	ST; NEDS SP
REBIF REBIDOSE TITRATION PACK	5	ST; NEDS SP
REBIF TITRATION PACK	5	ST; NEDS SP
<i>teriflunomide</i>	4	
VUMERITY	5	NEDS SP
ZEPOSIA	5	NEDS SP
ZEPOSIA 7-DAY STARTER PACK	5	NEDS SP
ZEPOSIA STARTER KIT	5	NEDS SP
<i>Agentes de fibromialgia</i>		
SAVELLA	3	

ID de formulario: 25502, Versión: 18, Fecha efectiva: 12/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de diciembre de 2025

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
SAVELLA TITRATION PACK	3	
Agentes para el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, anfetaminas		
<i>amphetamine/dextroamphetamine tabs</i>	2	
<i>amphetamine/dextroamphetamine cp24</i>	3	
<i>dextroamphetamine sulfate er</i>	4	
<i>dextroamphetamine sulfate tabs 10mg, 15mg, 20mg, 30mg, 5mg</i>	4	
Agentes para el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, no anfetaminas		
<i>atomoxetine hydrochloride caps 10mg, 25mg</i>	4	QL(60 EA por 30 días)
<i>atomoxetine caps 100mg, 80mg</i>	4	QL(30 EA por 30 días)
<i>atomoxetine caps 10mg, 18mg, 25mg, 40mg, 60mg</i>	4	QL(60 EA por 30 días)
<i>clonidine hydrochloride er</i>	3	
<i>dexmethylphenidate hcl er cp24 20mg, 35mg</i>	4	
<i>dexmethylphenidate hcl tabs 10mg, 5mg</i>	2	
<i>dexmethylphenidate hydrochloride er cp24 10mg, 15mg, 30mg, 40mg, 5mg</i>	4	
<i>dexmethylphenidate hydrochloride cp24</i>	4	
<i>dexmethylphenidate hydrochloride tabs 2.5mg</i>	2	
<i>guanfacine hydrochloride er</i>	3	QL(90 EA por 90 días)
<i>methylphenidate hydrochloride er (cd)</i>	4	
<i>methylphenidate hydrochloride er (la)</i>	4	
<i>methylphenidate hydrochloride er (osm) tbcr 18mg, 27mg, 36mg, 54mg</i>	4	
<i>methylphenidate hydrochloride er tb24</i>	4	
<i>methylphenidate hydrochloride er tbcr 10mg, 20mg</i>	4	
<i>methylphenidate hydrochloride tabs</i>	2	
<i>methylphenidate hydrochloride soln</i>	3	
<i>methylphenidate hydrochloride chew</i>	4	
Sistema nervioso central, otros		
AUSTEDO	5	PA; NEDS SP
AUSTEDO XR PATIENT TITRATION KIT TEPK 0	5	QL(56 EA por 365 días); PA; NEDS SP
AUSTEDO XR PATIENT TITRATION KIT TEPK 0	5	QL(84 EA por 365 días); PA; NEDS SP
AUSTEDO XR TB24 6MG	5	QL(210 EA por 30 días); PA; NEDS SP
AUSTEDO XR TB24 18MG, 30MG, 36MG, 42MG, 48MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA; NEDS SP
AUSTEDO XR TB24 24MG	5	QL(60 EA por 30 días); PA; NEDS SP
AUSTEDO XR TB24 12MG	5	QL(90 EA por 30 días); PA; NEDS SP

ID de formulario: 25502, Versión: 18, Fecha efectiva: 12/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de diciembre de 2025

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
COBENFY	5	QL(60 EA por 30 días); PA NSO; NEDS SP
COBENFY STARTER PACK	5	QL(112 EA por 365 días); PA NSO; NEDS SP
INGREZZA	5	PA; NEDS SP
NUEDEXTA	3	PA
RADICAVA ORS	5	PA; NEDS SP
RADICAVA ORS STARTER KIT	5	PA; NEDS SP
<i>riluzole</i>	4	
<i>tetrabenazine</i>	4	PA
VEOZAH	4	QL(30 EA por 30 días); PA
Agentes del trastorno del sueño		
<i>Agentes estimulantes de insomnio</i>		
<i>armodafinil</i>	3	PA
<i>modafinil tabs</i>	2	PA
<i>sodium oxybate</i>	5	PA; NEDS SP
<i>Agentes somníferos</i>		
BELSOMRA	3	
<i>eszopiclone</i>	2	
<i>flurazepam hcl</i>	2	
<i>flurazepam hydrochloride</i>	2	
<i>ramelteon</i>	4	QL(30 EA por 30 días)
<i>tasimelteon</i>	5	PA; NEDS SP
<i>temazepam caps 15mg, 30mg, 7.5mg</i>	2	
<i>triazolam</i>	3	
<i>zaleplon</i>	2	
<i>zolpidem tartrate tabs</i>	2	
Agentes dentales y orales		
<i>Agentes dentales y orales</i>		
<i>cevimeline hydrochloride</i>	4	
<i>chlorhexidine gluconate</i>	1	
<i>kourzeq</i>	3	
<i>lidocaine hydrochloride viscous</i>	2	
<i>lidocaine viscous</i>	2	
<i>oralone dental paste</i>	3	
<i>periogard</i>	1	
<i>pilocarpine hydrochloride tabs 5mg, 7.5mg</i>	4	
<i>sf 5000 plus</i>	2	
<i>sodium fluoride</i>	2	
<i>sodium fluoride 5000 plus</i>	2	
<i>sodium fluoride 5000 ppm</i>	2	
<i>triamcinolone acetonide dental paste</i>	3	
Agentes dermatológicos		

ID de formulario: 25502, Versión: 18, Fecha efectiva: 12/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de diciembre de 2025

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
Agentes dermatológicos, otros		
<i>calcipotriene crea</i>	3	QL(120 GM por 30 días)
<i>calcipotriene oint</i>	4	QL(120 GM por 30 días)
<i>calcipotriene soln</i>	4	QL(120 ML por 30 días)
<i>calcitriol oint 3mcg/gm</i>	4	
<i>clotrimazole/betamethasone dipropionate crea</i>	2	
<i>clotrimazole/betamethasone dipropionate lotn</i>	4	
<i>diclofenac sodium gel 3%</i>	3	QL(200 GM por 30 días)
<i>fluorouracil crea 5%</i>	3	
<i>fluorouracil crea 0.5%</i>	4	
<i>fluorouracil soln</i>	4	
<i>imiquimod crea 5%</i>	3	
<i>imiquimod crea 3.75%</i>	4	
<i>nystatin/triamcinolone</i>	2	
<i>nystatin/triamcinolone acetone oint</i>	2	
OTEZLA TABS 20MG, 30MG	5	QL(60 EA por 30 días); PA; NEDS SP
<i>podofilox</i>	4	
PROCTOFOAM HC	4	
SANTYL	4	
<i>silver sulfadiazine</i>	2	
<i>ssd</i>	2	
Agentes desencadenantes de acné y rosácea		
<i>acutane</i>	4	
<i>acitretin</i>	4	
<i>adapalene gel</i>	4	PA
<i>amnestem</i>	4	
<i>avita</i>	2	PA
<i>azelaic acid</i>	4	
<i>claravis</i>	4	
<i>clindamycin phosphate/benzoyl peroxide gel 2.5%; 1.2%, 5%; 1.2%</i>	4	
<i>clindamycin/benzoyl peroxide</i>	4	
<i>isotretinoin caps</i>	4	
<i>metronidazole crea 0.75%</i>	2	
<i>metronidazole gel 0.75%, 1%</i>	4	
<i>metronidazole lotn 0.75%</i>	4	
MYORISAN	4	
NEUAC	4	
<i>rosadan crea</i>	2	
<i>rosadan gel</i>	4	
<i>tazarotene crea 0.1%</i>	3	PA
<i>tazarotene crea 0.05%</i>	4	PA
<i>tazarotene gel</i>	4	PA

ID de formulario: 25502, Versión: 18, Fecha efectiva: 12/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de diciembre de 2025

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>tretinoin microsphere</i>	4	PA
<i>tretinoin crea 0.025%, 0.05%, 0.1%</i>	3	PA
ZENATANE	4	
Agentes desencadenantes de dermatitis y prurito		
<i>amcinonide crea</i>	4	
<i>ammonium lactate crea, lotn</i>	2	
<i>betamethasone dipropionate augmented crea, lotn</i>	2	
<i>betamethasone dipropionate augmented oint</i>	3	
<i>betamethasone dipropionate augmented gel</i>	4	
<i>betamethasone dipropionate crea, lotn</i>	3	
<i>betamethasone dipropionate oint</i>	4	
<i>betamethasone valerate crea, lotn, oint</i>	3	
<i>clobetasol propionate e</i>	4	QL(240 GM por 30 días)
<i>clobetasol propionate crea 0.05%</i>	2	QL(240 GM por 30 días)
<i>clobetasol propionate oint</i>	2	QL(240 GM por 30 días)
<i>clobetasol propionate soln</i>	3	QL(200 ML por 30 días)
<i>clobetasol propionate sham</i>	3	QL(236 ML por 30 días)
<i>clobetasol propionate gel</i>	3	QL(240 GM por 30 días)
<i>clodan</i>	3	QL(236 ML por 30 días)
<i>desonide crea, oint</i>	3	
<i>desoximetasone crea</i>	4	
DESRX	4	
<i>fluocinolone acetonide body</i>	4	
<i>fluocinolone acetonide scalp</i>	4	
<i>fluocinolone acetonide topical</i>	4	
<i>fluocinolone acetonide crea 0.01%, 0.025%</i>	4	
<i>fluocinolone acetonide oint 0.025%</i>	3	
<i>fluocinolone acetonide soln 0.01%</i>	2	
<i>fluocinonide</i>	3	
<i>fluocinonide emulsified base</i>	4	
<i>fluticasone propionate crea 0.05%</i>	2	
<i>fluticasone propionate oint 0.005%</i>	3	
<i>halobetasol propionate crea, oint</i>	4	
<i>hydrocortisone butyrate oint</i>	3	
<i>hydrocortisone valerate crea</i>	3	
<i>hydrocortisone valerate oint</i>	4	
<i>hydrocortisone crea 1%, 2.5%</i>	1	
<i>hydrocortisone lotn 2.5%</i>	2	
<i>hydrocortisone oint 1%</i>	1	
<i>hydrocortisone oint 2.5%</i>	2	
<i>mometasone furoate crea 0.1%</i>	2	
<i>mometasone furoate oint 0.1%</i>	2	
<i>mometasone furoate soln 0.1%</i>	3	
<i>pimecrolimus</i>	4	

ID de formulario: 25502, Versión: 18, Fecha efectiva: 12/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de diciembre de 2025

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>prednicarbate oint</i>	2	
<i>selenium sulfide</i>	2	
<i>tacrolimus oint 0.03%, 0.1%</i>	4	
<i>triamcinolone acetone oint 0.025%, 0.1%, 0.5%</i>	2	
<i>triamcinolone acetone lotn 0.025%, 0.1%</i>	3	
<i>triamcinolone acetone oint 0.025%, 0.1%, 0.5%</i>	2	
TRITOCIN	3	
Antiinfecciosos tópicos		
<i>ciclopirox nail lacquer</i>	3	
<i>ciclopirox olamine</i>	2	
<i>ciclopirox gel, sham, susp</i>	3	
<i>clindamycin phosphate gel 1%</i>	1	
<i>clindamycin phosphate lotn 1%</i>	3	
<i>clindamycin phosphate external soln 1%</i>	2	
<i>ery</i>	4	
<i>erythromycin gel 2%</i>	3	
<i>erythromycin soln 2%</i>	2	
MENTAX	4	
<i>mupirocin oint</i>	2	QL(44 GM por 30 días)
<i>mupirocin crea</i>	4	QL(180 GM por 30 días)
SULFAMYLON CREA	4	
Pediculicidas/escabidas		
<i>malathion</i>	4	
<i>permethrin crea</i>	3	
Agentes gastrointestinales		
Agentes antidiarreicos		
<i>alosetron hydrochloride tabs 0.5mg</i>	4	PA
<i>alosetron hydrochloride tabs 1mg</i>	5	PA; NEDS SP
<i>loperamide hydrochloride caps</i>	3	
XERMELO	5	PA; NEDS SP
Agentes antiestreñimiento		
<i>constulose</i>	2	
<i>enulose</i>	2	
<i>generlac</i>	2	
<i>lactulose soln</i>	2	
LINZESS	3	
<i>lubiprostone</i>	4	
MOVANTIK	3	
OSMOPREP	4	
Agentes gastrointestinales, otros		
CLENPIQ	3	
<i>gavilyte-c</i>	3	
<i>gavilyte-g</i>	3	
<i>gavilyte-n/flavor pack</i>	3	

ID de formulario: 25502, Versión: 18, Fecha efectiva: 12/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de diciembre de 2025

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>metoclopramide hcl inj, oral soln</i>	2	
<i>metoclopramide hydrochloride tabs</i>	1	
<i>nitroglycerin oint 0.4%</i>	4	QL(30 GM por 30 días)
<i>opium</i>	2	
<i>opium tincture tinc 1%</i>	2	
<i>peg-3350/electrolytes</i>	3	
<i>peg-3350/electrolytes/ascorbate</i>	4	
<i>peg-3350/nacl/na bicarbonate/kcl</i>	3	
<i>peg-3350/sodium sulf/naclpotassium cl/na ascorbate/ascorbic</i>	4	
RECTIV	4	QL(30 GM por 30 días)
<i>sodium sulfate/potassium sulfate/magnesium sulfate</i>	4	
<i>ursodiol caps 300mg</i>	3	
<i>ursodiol tabs</i>	4	
VOWST	5	PA; NEDS SP
XIFAXAN TABS 550MG	5	PA; NEDS SP
Antagonistas de los receptores de la histamina2 (H2)		
<i>cimetidine tabs</i>	4	
<i>famotidine tabs 20mg, 40mg</i>	2	
Antiespasmódicos, gastrointestinal		
<i>dicyclomine hcl soln</i>	4	
<i>dicyclomine hydrochloride caps</i>	2	
<i>dicyclomine hydrochloride tabs 20mg</i>	2	
<i>glycopyrrolate soln</i>	3	
<i>glycopyrrolate tabs 1mg, 2mg</i>	3	
Inhibidores de la bomba de protones		
DEXLANSOPRAZOLE	4	
<i>esomeprazole magnesium cpdr</i>	3	
<i>esomeprazole magnesium pack 10mg, 20mg, 40mg</i>	4	
<i>lansoprazole cpdr</i>	2	
<i>omeprazole dr cpdr 10mg</i>	2	
<i>omeprazole cpdr 20mg, 40mg</i>	2	
<i>pantoprazole sodium tbec</i>	2	
<i>rabeprazole sodium</i>	2	
Protectores		
<i>misoprostol</i>	3	
<i>sucralfate tabs</i>	3	
<i>sucralfate susp</i>	4	
Agentes genitourinarios		
Agentes de hiperplasia benigna de próstata		
<i>alfuzosin hcl er</i>	2	
<i>doxazosin mesylate</i>	2	
<i>dutasteride/tamsulosin hydrochloride</i>	4	
<i>dutasteride caps</i>	2	
<i>finasteride tabs</i>	2	

ID de formulario: 25502, Versión: 18, Fecha efectiva: 12/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de diciembre de 2025

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>tadalafil tabs 10mg, 20mg</i>	2	QL(4 EA por 30 días); EC
<i>tadalafil tabs 2.5mg, 5mg</i>	3	QL(30 EA por 30 días); PA
<i>tamsulosin hydrochloride</i>	2	
<i>terazosin hcl caps 10mg, 1mg, 5mg</i>	2	
<i>terazosin hydrochloride caps 2mg</i>	2	
Agentes genitourinarios, otros		
<i>acetic acid 0.25%</i>	2	
<i>bethanechol chloride tabs</i>	3	
ELMIRON	4	
<i>sildenafil citrate tabs 100mg, 25mg, 50mg</i>	2	QL(4 EA por 30 días); EC
<i>sildenafil tabs 25mg</i>	2	QL(4 EA por 30 días); EC
<i>tiopronin dr</i>	5	NEDS SP
<i>vardenafil hydrochloride</i>	2	QL(4 EA por 30 días); EC
<i>vardenafil hydrochloride odt</i>	2	QL(4 EA por 30 días); EC
Antiespasmódicos, urinario		
<i>darifenacin hydrobromide er</i>	4	
GEMTESA	4	
<i>mirabegron er</i>	3	
MYRBETRIQ	3	
<i>oxybutynin chloride er</i>	3	
<i>oxybutynin chloride soln</i>	2	
<i>oxybutynin chloride tabs 5mg</i>	2	
<i>oxybutynin chloride tabs 2.5mg</i>	3	
<i>solifenacin succinate</i>	3	
<i>tolterodine tartrate</i>	4	
<i>tolterodine tartrate er</i>	4	
<i>tropium chloride</i>	3	
Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (hipófisis)		
Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (hipófisis)		
<i>desmopressin acetate tabs</i>	4	
<i>desmopressin acetate soln 0.01%</i>	2	
<i>desmopressin acetate soln 0.01% (refrigerated)</i>	4	
GENOTROPIN	5	PA; NEDS SP
GENOTROPIN MINISQUICK INJ 0.2MG	3	PA
GENOTROPIN MINISQUICK INJ 0.4MG, 0.6MG, 0.8MG, 1.2MG, 1.4MG, 1.6MG, 1.8MG, 1MG, 2MG	5	PA; NEDS SP
INCRELEX	5	PA; NEDS SP
Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (hormonas sexuales/modificadores)		
Agentes de modificación selectiva de los receptores estrogénicos		
OSPHENA	4	

ID de formulario: 25502, Versión: 18, Fecha efectiva: 12/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de diciembre de 2025

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>raloxifene hydrochloride</i>	2	
Andrógenos		
<i>danazol caps</i>	4	
<i>testosterone cypionate inj 100mg/ml, 200mg/ml</i>	2	
<i>testosterone enanthate inj</i>	2	
<i>testosterone pump gel 1.62%</i>	3	
<i>testosterone pump gel 1%</i>	4	
<i>testosterone gel 20.25mg/1.25gm, 40.5mg/2.5gm</i>	3	
<i>testosterone gel 25mg/2.5gm, 50mg/5gm</i>	4	
Estrógenos		
<i>abigale</i>	3	
<i>abigale lo</i>	3	
<i>amabelz</i>	3	
<i>amethia</i>	4	
<i>apri</i>	2	
<i>ashlyna</i>	4	
<i>aviane</i>	4	
<i>azurette</i>	4	
<i>balziva</i>	4	
<i>briellyn</i>	4	
<i>conjugated estrogens</i>	4	
<i>desogestrel/ethinyl estradiol tabs 0; 0</i>	4	
<i>dotti</i>	4	
<i>drospirenone/ethinyl estradiol tabs 3mg; 0.03mg</i>	3	
<i>eluryng</i>	4	
<i>enilloring</i>	4	
<i>estradiol valerate inj</i>	4	
<i>estradiol/norethindrone acetate</i>	3	
<i>estradiol oral tabs</i>	2	
<i>estradiol crea, ptwk</i>	3	
<i>estradiol pttw, vaginal tabs</i>	4	
ESTRING	4	
<i>etonogestrel/ethinyl estradiol</i>	3	
<i>falmina</i>	4	
FEIRZA 1.5/30	4	
FEIRZA 1/20	4	
<i>finzala</i>	3	
<i>fyavolv tabs 5mcg; 1mg</i>	3	
<i>fyavolv tabs 2.5mcg; 0.5mg</i>	4	
<i>galbriela</i>	4	
<i>haloette</i>	4	
<i>iclevia</i>	4	
IMVEXXY MAINTENANCE PACK	3	
IMVEXXY STARTER PACK	3	

ID de formulario: 25502, Versión: 18, Fecha efectiva: 12/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de diciembre de 2025

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>introvale</i>	4	
<i>jaimiess</i>	4	
<i>jinteli</i>	3	
<i>joyeaux</i>	4	
<i>junel 1.5/30</i>	4	
<i>junel 1/20</i>	4	
<i>junel fe 1.5/30</i>	4	
<i>junel fe 1/20</i>	4	
<i>junel fe 24</i>	4	
<i>kariva</i>	4	
<i>kelnor 1/35</i>	4	
<i>larin 1.5/30</i>	4	
<i>larin 1/20</i>	4	
<i>larin fe 1.5/30</i>	4	
<i>larin fe 1/20</i>	4	
<i>lessina</i>	4	
<i>levonest</i>	4	
<i>levonorgestrel and ethinyl estradiol tabs 20mcg; 90mcg</i>	4	
<i>levonorgestrel/ethinyl estradiol</i>	4	
<i>levora 0.15/30-28</i>	4	
<i>lojaimiess</i>	4	
<i>marlissa</i>	4	
<i>mibelas 24 fe</i>	3	
<i>microgestin 1.5/30</i>	4	
<i>microgestin 1/20</i>	4	
<i>microgestin fe 1.5/30</i>	4	
<i>microgestin fe 1/20</i>	4	
<i>minzoya</i>	4	
<i>necon 0.5/35-28</i>	4	
<i>nikki</i>	3	
<i>norelgestromin/ethinyl estradiol</i>	3	
<i>norethindrone acetate/ethinyl estradiol/ferrous fumarate tabs 0; 75mg; 1mg</i>	3	
<i>norethindrone acetate/ethinyl estradiol tabs 5mcg; 1mg</i>	3	
<i>norethindrone acetate/ethinyl estradiol tabs 2.5mcg; 0.5mg</i>	4	
<i>nortrel 0.5/35 (28)</i>	4	
<i>nortrel 1/35</i>	4	
<i>nortrel 7/7/7</i>	4	
<i>portia-28</i>	4	
PREMARIN CREA	3	
PREMARIN TABS 0.3MG, 0.45MG, 0.625MG, 0.9MG, 1.25MG	4	
PREMPHASE	4	
<i>rosyrah</i>	4	

ID de formulario: 25502, Versión: 18, Fecha efectiva: 12/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de diciembre de 2025

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>tarina fe 1/20 eq</i>	4	
<i>taysofy</i>	2	
<i>tri-sprintec</i>	2	
<i>trivora-28</i>	4	
<i>turqoz</i>	4	
<i>valtya 1/50</i>	4	
<i>velivet</i>	4	
<i>vyfemla</i>	4	
XARAH FE	4	
<i>xelria fe</i>	4	
<i>xulane</i>	3	
<i>yuvafem</i>	4	
<i>zafemy</i>	3	
<i>zovia 1/35</i>	4	
Progestinas		
<i>camila</i>	2	
<i>deblitane</i>	2	
DEPO-SUBQ PROVERA 104	3	
<i>errin</i>	2	
<i>gallifrey</i>	3	
<i>heather</i>	2	
LILETTA	3	
<i>medroxyprogesterone acetate tabs</i>	1	
<i>medroxyprogesterone acetate inj</i>	2	
<i>megestrol acetate tabs</i>	2	
<i>megestrol acetate susp 40mg/ml</i>	3	
<i>megestrol acetate susp 625mg/5ml</i>	4	
<i>meleya</i>	2	
NEXPLANON	3	
<i>norethindrone acetate tabs</i>	3	
<i>orquidea</i>	2	
<i>progesterone caps</i>	3	
<i>sharobel</i>	2	
Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (suprarrenal)		
Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (suprarrenal)		
DEPO-MEDROL	3	
<i>dexamethasone</i>	2	
<i>dexamethasone intensol</i>	2	
<i>dexamethasone sodium phosphate +rfd</i>	2	
<i>dexamethasone sodium phosphate inj 100mg/10ml, 10mg/ml, 120mg/30ml, 20mg/5ml, 4mg/ml</i>	2	
<i>fludrocortisone acetate</i>	3	

ID de formulario: 25502, Versión: 18, Fecha efectiva: 12/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de diciembre de 2025

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

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

ID de formulario: 25502, Versión: 18, Fecha efectiva: 12/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de diciembre de 2025

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>cabergoline</i>	3	
ELIGARD	4	
FIRMAGON INJ 80MG	4	
FIRMAGON INJ 120MG/VIAL	5	NEDS SP
KORLYM	5	QL(120 EA por 30 días); PA; NEDS SP
<i>lanreotide acetate</i>	5	NEDS SP
<i>leuprolide acetate</i>	4	
LUPRON DEPOT (1-MONTH)	5	NEDS SP
LUPRON DEPOT (3-MONTH)	5	NEDS SP
LUPRON DEPOT (4-MONTH)	5	NEDS SP
LUPRON DEPOT (6-MONTH)	5	NEDS SP
<i>mifepristone</i>	5	QL(120 EA por 30 días); PA; NEDS SP
<i>octreotide acetate inj 100mcg/ml, 50mcg/ml</i>	2	
<i>octreotide acetate inj 100mcg/ml, 200mcg/ml, 500mcg/ml, 50mcg/ml</i>	4	
<i>octreotide acetate inj 1000mcg/ml</i>	5	NEDS SP
ORGOVYX	5	PA NSO; NEDS SP
SIGNIFOR	5	QL(60 ML por 30 días); PA; NEDS SP
SOMATULINE DEPOT	5	NEDS SP
SOMAVERT	5	PA; NEDS SP
SYNAREL	5	NEDS SP
Agentes inmunológicos		
<i>Agentes inmunológicos, otros</i>		
ARCALYST	5	PA; NEDS SP
BENLYSTA	5	PA; NEDS SP
COSENTYX	5	PA; NEDS SP
COSENTYX SENSOREADY PEN	5	PA; NEDS SP
COSENTYX UNOREADY	5	PA; NEDS SP
DUPIXENT	5	PA; NEDS SP
ORENCIA CLICKJECT	5	QL(4 ML por 28 días); PA; NEDS SP
ORENCIA INJ 50MG/0.4ML	5	QL(1.6 ML por 28 días); PA; NEDS SP
ORENCIA INJ 87.5MG/0.7ML	5	QL(2.8 ML por 28 días); PA; NEDS SP
ORENCIA INJ 125MG/ML	5	QL(4 ML por 28 días); PA; NEDS SP
OTEZLA TBPk 0	5	QL(110 EA por 365 días); PA; NEDS SP
RINVOQ	5	QL(30 EA por 30 días); PA; NEDS SP

ID de formulario: 25502, Versión: 18, Fecha efectiva: 12/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de diciembre de 2025

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
RINVOQ LQ	5	QL(360 ML por 30 días); PA; NEDS SP
SKYRIZI PEN	5	QL(1 ML por 28 días); PA; NEDS SP
SKYRIZI INJ 600MG/10ML	5	PA; NEDS SP
SKYRIZI INJ 150MG/ML	5	QL(1 ML por 28 días); PA; NEDS SP
SKYRIZI INJ 180MG/1.2ML	5	QL(1.2 ML por 28 días); PA; NEDS SP
SKYRIZI INJ 360MG/2.4ML	5	QL(2.4 ML por 28 días); PA; NEDS SP
STEQEYMA INJ 45MG/0.5ML	3	QL(1 ML por 28 días); PA
STEQEYMA INJ 90MG/ML	5	QL(1 ML por 28 días); PA; NEDS SP
TAVNEOS	5	PA; NEDS SP
XELJANZ XR	5	QL(30 EA por 30 días); PA; NEDS SP
XELJANZ SOLN	5	QL(300 ML por 30 días); PA; NEDS SP
XELJANZ TABS	5	QL(60 EA por 30 días); PA; NEDS SP
XOLAIR	5	PA; NEDS SP
YESINTEK INJ 45MG/0.5ML	3	QL(1 ML por 28 días); PA
YESINTEK INJ 90MG/ML	5	QL(1 ML por 28 días); PA; NEDS SP
Agentes para angioedema		
BERINERT	5	PA; NEDS SP
HAEGARDA	5	PA; NEDS SP
icatibant acetate	5	QL(18 ML por 30 días); PA; NEDS SP
Inmunostimulantes		
ACTIMMUNE	5	NEDS SP
BESREMI	5	PA NSO; NEDS SP
PEGASYS INJ 180MCG/ML	5	QL(4 ML por 28 días); NEDS SP
Inmunoglobulinas		
BIVIGAM INJ 10%, 5GM/50ML	5	PA BvD; NEDS SP; HI
CUVITRU	5	PA BvD; NEDS SP
FLEBOGAMMA DIF INJ 10GM/100ML, 10GM/200ML, 2.5GM/50ML, 20GM/200ML, 20GM/400ML, 5GM/100ML, 5GM/50ML	5	PA BvD; NEDS SP; HI
GAMMAGARD LIQUID INJ 10GM/100ML, 2.5GM/25ML, 20GM/200ML, 30GM/300ML, 5GM/50ML	5	PA BvD; NEDS SP; HI

ID de formulario: 25502, Versión: 18, Fecha efectiva: 12/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de diciembre de 2025

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
GAMMAPLEX INJ 10GM/100ML, 10GM/200ML, 20GM/200ML, 20GM/400ML, 5GM/100ML, 5GM/50ML	5	PA BvD; NEDS SP; HI
HIZENTRA	5	PA BvD; NEDS SP
OCTAGAM INJ 10GM/100ML, 10GM/200ML, 1GM/20ML, 2.5GM/50ML, 20GM/200ML, 2GM/20ML, 30GM/300ML, 5GM/100ML, 5GM/50ML	5	PA BvD; NEDS SP; HI
PRIVIGEN	5	PA BvD; NEDS SP; HI
<i>Inmunosupresores</i>		
<i>azathioprine tabs 50mg</i>	3	PA BvD
<i>azathioprine tabs 100mg, 75mg</i>	4	PA BvD
<i>cyclosporine modified</i>	4	PA BvD
<i>cyclosporine caps 100mg, 25mg</i>	4	PA BvD
ENBREL MINI	5	QL(8 ML por 28 días); PA; NEDS SP
ENBREL SURECLICK	5	QL(8 ML por 28 días); PA; NEDS SP
ENBREL INJ 50MG/ML	5	QL(8 ML por 28 días); PA; NEDS SP
ENBREL INJ 25MG/0.5ML	5	QL(8.16 ML por 28 días); PA; NEDS SP
ENVARUSUS XR TB24 0.75MG, 1MG	4	PA BvD
ENVARUSUS XR TB24 4MG	5	PA BvD; NEDS SP
<i>everolimus tabs 0.25mg, 0.5mg, 0.75mg, 1mg</i>	5	QL(60 EA por 30 días); PA BvD; NEDS SP
GENGRAF SOLN	4	PA BvD
GENGRAF CAPS 100MG, 25MG	4	PA BvD
HUMIRA PEDIATRIC CROHNS DISEASE STARTER PACK INJ 0, 80MG/0.8ML	5	PA; NEDS SP
HUMIRA PEN-CD/UC/HS STARTER	5	PA; NEDS SP
HUMIRA PEN-PEDIATRIC UC STARTER PACK	5	PA; NEDS SP
HUMIRA PEN-PS/UV STARTER	5	PA; NEDS SP
HUMIRA PEN INJ 80MG/0.8ML	5	QL(4 EA por 28 días); PA; NEDS SP
HUMIRA PEN INJ 40MG/0.4ML, 40MG/0.8ML	5	QL(6 EA por 28 días); PA; NEDS SP
HUMIRA INJ 10MG/0.1ML, 20MG/0.2ML, 40MG/0.4ML, 40MG/0.8ML	5	QL(6 EA por 28 días); PA; NEDS SP
JYLAMVO	5	NEDS SP
<i>leflunomide</i>	2	
<i>methotrexate sodium tabs</i>	2	
<i>methotrexate sodium inj 1gm/40ml, 250mg/10ml, 50mg/2ml</i>	2	
<i>methotrexate inj 50mg/2ml</i>	2	
<i>mycophenolate mofetil caps, tabs</i>	3	PA BvD
<i>mycophenolate mofetil susr</i>	5	PA BvD; NEDS SP

ID de formulario: 25502, Versión: 18, Fecha efectiva: 12/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de diciembre de 2025

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>mycophenolic acid dr</i>	4	PA BvD
NULOJIX	5	NEDS SP
PEGASYS INJ 180MCG/0.5ML	5	QL(4 ML por 28 días); NEDS SP
PROGRAF PACK	4	PA BvD
REZUROCK	5	PA; NEDS SP
<i>sirolimus tabs</i>	4	PA BvD
<i>sirolimus soln</i>	5	PA BvD; NEDS SP
<i>tacrolimus caps 0.5mg, 1mg, 5mg</i>	4	PA BvD
TREXALL	4	
XATMEP	4	
Vacunas		
ABRYSVO	6	
ACTHIB INJ 0	6	
ADACEL	6	
AREXVY	6	
BCG VACCINE INJ 50MG	6	
BEXSERO	6	
BOOSTRIX	6	
DAPTACEL INJ 15LF/0.5ML; 23MCG/0.5ML; 5LF/0.5ML	6	
DENG VAXIA	6	
DIPHThERIA/TETANUS TOXOIDS ADSORBED PEDIATRIC	6	
ENGRIX-B	6	PA BvD
GARDASIL 9	6	
HAVRIX INJ 1440UNIT/ML, 720ELU/0.5ML	6	
HEPLISAV-B	6	PA BvD
HIBERIX	6	
IMOVAX RABIES (H.D.C.V.)	6	
INFANRIX	6	
IPOL INACTIVATED IPV	6	
IXCHIQ	6	
IXIARO	6	
JYNNEOS	6	
KINRIX INJ 25LFU/0.5ML; 58MCG/0.5ML; 0; 10LFU/0.5ML	6	
M-M-R II	6	
MENACTRA	6	
MENQUADFI	6	
MENVEO	6	
MRESVIA	6	
PEDIARIX INJ 25LFU/0.5ML; 10MCG/0.5ML; 58MCG/0.5ML; 0; 10LFU/0.5ML	6	
PEDVAX HIB INJ 7.5MCG/0.5ML	6	

ID de formulario: 25502, Versión: 18, Fecha efectiva: 12/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de diciembre de 2025

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
PENBRAYA	6	
PENMENVY	6	
PENTACEL	6	
PREHEVBRIIO	6	PA BvD
PRIORIX	6	
PROQUAD	6	
QUADRACEL	6	
RABAVERT	6	
RECOMBIVAX HB	6	PA BvD
ROTARIX	6	
ROTATEQ SOLN	6	
SHINGRIX	6	
STAMARIL	6	
TDVAX	6	
TENIVAC	6	
TETANUS/DIPHThERIA TOXOIDS-ADSORBED ADULT	6	
TICOVAC	6	
TRUMENBA	6	
TWINRIX	6	
TYPHIM VI	6	
VAQTA	6	
VARIVAX	6	
VAXCHORA	6	
VIMKUNYA	6	
VIVOTIF	6	
YF-VAX	6	
Agentes oftálmicos		
<i>Agentes oftálmicos antialérgicos</i>		
ALOCRIL	4	
<i>azelastine hcl ophthalmic soln 0.05%</i>	2	
<i>bepotastine besilate</i>	4	
<i>cromolyn sodium soln 4%</i>	2	
<i>epinastine hcl</i>	4	
<i>olopatadine hydrochloride</i>	3	
<i>Agentes oftálmicos bloqueantes beta adrenérgicos</i>		
<i>betaxolol hcl</i>	4	
BETIMOL	4	
<i>carteolol hcl</i>	2	
<i>levobunolol hcl soln 0.5%</i>	3	
<i>timolol hemihydrate</i>	4	
<i>timolol maleate ophthalmic gel forming</i>	4	
<i>timolol maleate soln 0.25%, 0.5%</i>	1	
<i>timolol maleate soln 0.5%</i>	4	

ID de formulario: 25502, Versión: 18, Fecha efectiva: 12/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de diciembre de 2025

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
Agentes oftálmicos para la disminución de la presión intraocular, otros		
<i>acetazolamide</i>	2	
<i>acetazolamide er</i>	2	
ALPHAGAN P SOLN 0.1%	3	
<i>apraclonidine</i>	4	
<i>brimonidine tartrate soln 0.2%</i>	2	
<i>brimonidine tartrate soln 0.1%</i>	3	
<i>brimonidine tartrate soln 0.15%</i>	4	
<i>brinzolamide</i>	4	
<i>dorzolamide hydrochloride</i>	2	
<i>methazolamide tabs</i>	4	
PHOSPHOLINE IODIDE SOLR 0.125%	3	
<i>pilocarpine hcl soln 1%, 2%, 4%</i>	3	
<i>pilocarpine hydrochloride soln 1%, 2%, 4%</i>	3	
RHOPRESSA	3	
Agentes oftálmicos, otros		
<i>atropine sulfate soln 1%</i>	4	
<i>bacitracin/polymyxin b</i>	2	
<i>brimonidine tartrate/timolol maleate</i>	4	
<i>cyclopentolate hcl soln 2%</i>	2	
<i>cyclopentolate hydrochloride</i>	2	
<i>cyclosporine emul 0.05%</i>	4	
CYSTARAN	5	NEDS SP
<i>dorzolamide hcl/timolol maleate</i>	2	
<i>dorzolamide hydrochloride/timolol maleate pf</i>	4	
<i>neo-polycin</i>	3	
<i>neo-polycin hc</i>	3	
<i>neomycin/bacitracin/polymyxin</i>	3	
<i>neomycin/polymyxin/bacitracin zinc oint 400unit/gm; 3.5mg/gm; 10000unit/gm</i>	3	
<i>neomycin/polymyxin/bacitracin/hydrocortisone</i>	3	
<i>neomycin/polymyxin/dexamethasone susp</i>	2	
<i>neomycin/polymyxin/dexamethasone oint</i>	3	
<i>neomycin/polymyxin/gramicidin</i>	3	
<i>neomycin/polymyxin/hydrocortisone ophthalmic susp 1%; 3.5mg/ml; 10000unit/ml</i>	4	
<i>polycin</i>	2	
<i>polymyxin b sulfate/trimethoprim sulfate</i>	2	
RESTASIS	3	
RESTASIS MULTIDOSE	3	
ROCKLATAN	3	
SIMBRINZA	3	
<i>sulfacetamide sodium/prednisolone sodium phosphate</i>	2	

ID de formulario: 25502, Versión: 18, Fecha efectiva: 12/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de diciembre de 2025

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
TOBRADEX ST	3	
<i>tobramycin/dexamethasone</i>	3	
XIIDRA	4	
Antiinfecciosos oftálmicos		
<i>bacitracin</i>	4	
BESIVANCE	4	
<i>ciprofloxacin hydrochloride soln 0.3%</i>	2	
<i>erythromycin oint 5mg/gm</i>	2	
<i>gatifloxacin</i>	4	
<i>gentak oint</i>	2	
<i>gentamicin sulfate ophthalmic soln 0.3%</i>	2	
<i>levofloxacin ophthalmic soln 0.5%, 1.5%</i>	3	
<i>moxifloxacin hydrochloride soln 0.5%</i>	2	
NATACYN	4	
<i>ofloxacin ophthalmic soln 0.3%</i>	2	
<i>sulfacetamide sodium oint 10%</i>	3	
<i>sulfacetamide sodium soln 10%</i>	3	
<i>tobramycin</i>	2	
<i>trifluridine</i>	4	
XDEMVI	5	PA; NEDS SP
ZIRGAN	4	
Antiinflamatorios oftálmicos		
<i>bromfenac</i>	4	
<i>bromfenac sodium soln 0.07%</i>	3	
<i>bromfenac sodium soln 0.075%</i>	4	
BROMSITE	4	
<i>dexamethasone sodium phosphate ophthalmic soln 0.1%</i>	4	
<i>diclofenac sodium ophthalmic soln 0.1%</i>	2	
<i>difluprednate</i>	4	
FLAREX	3	
<i>fluorometholone</i>	4	
<i>flurbiprofen sodium</i>	4	
ILEVRO	3	
<i>ketorolac tromethamine</i>	2	
LOTEMAX OINT	4	
<i>loteprednol etabonate</i>	4	
<i>prednisolone acetate</i>	3	
<i>prednisolone sodium phosphate ophthalmic soln 1%</i>	3	
PROLENSA	3	
Análogos oftálmicos de prostaglandinas y prostamidas		
<i>bimatoprost</i>	4	
<i>latanoprost soln</i>	2	
LUMIGAN	3	
<i>tafluprost</i>	4	

ID de formulario: 25502, Versión: 18, Fecha efectiva: 12/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de diciembre de 2025

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>travoprost</i>	4	
VYZULTA	4	
Agentes para la bipolaridad		
<i>Estabilizadores del estado de ánimo</i>		
<i>lithium</i>	2	
<i>lithium carbonate er</i>	2	
<i>lithium carbonate caps, tabs</i>	2	
Agentes para tratamientos antiadicción/contra la drogadicción		
<i>Agentes para dejar de fumar</i>		
<i>bupropion hydrochloride er (sr) tb12 150mg</i>	3	
NICOTROL INHALER	4	
NICOTROL NS	4	
TYRVAYA	4	
<i>varenicline starting month</i>	4	QL(53 EA por 28 días)
<i>varenicline tartrate tabs 1mg</i>	3	QL(60 EA por 30 días)
<i>varenicline tartrate tabs 0.5mg, 1mg</i>	4	QL(60 EA por 30 días)
<i>Agentes que revierten los opioides</i>		
<i>naloxone hcl inj 4mg/10ml</i>	2	
<i>naloxone hydrochloride liqd</i>	3	QL(4 EA por 30 días)
<i>naloxone hydrochloride inj 0.4mg/ml, 4mg/10ml</i>	2	
<i>naloxone hydrochloride inj 2mg/2ml</i>	3	
<i>naloxone hydrochloride inj 0.4mg/ml</i>	4	
OPVEE	3	QL(4 EA por 30 días)
<i>Dependencia de opioides</i>		
<i>buprenorphine hcl/naloxone hcl subl 2mg; 0.5mg</i>	2	QL(360 EA por 30 días)
<i>buprenorphine hcl/naloxone hcl subl 8mg; 2mg</i>	2	QL(90 EA por 30 días)
<i>buprenorphine hcl subl 2mg</i>	2	QL(360 EA por 30 días)
<i>buprenorphine hcl subl 8mg</i>	2	QL(90 EA por 30 días)
<i>buprenorphine hydrochloride/naloxone hydrochloride film 4mg; 1mg</i>	2	QL(180 EA por 30 días)
<i>buprenorphine hydrochloride/naloxone hydrochloride film 2mg; 0.5mg</i>	2	QL(360 EA por 30 días)
<i>buprenorphine hydrochloride/naloxone hydrochloride film 12mg; 3mg, 8mg; 2mg</i>	2	QL(90 EA por 30 días)
<i>Disuasivos del alcohol/disminución del deseo</i>		
<i>acamprosate calcium dr</i>	4	
<i>disulfiram tabs</i>	4	
<i>naltrexone hydrochloride tabs</i>	2	
VIVITROL	5	NEDS SP
Agentes para vías respiratorias/pulmonares		
<i>Agentes del tracto respiratorio, otros</i>		
<i>acetylcysteine soln</i>	4	PA BvD
ANORO ELLIPTA	3	QL(180 EA por 90 días)
<i>benzonatate</i>	2	EC

ID de formulario: 25502, Versión: 18, Fecha efectiva: 12/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de diciembre de 2025

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
BEVESPI AEROSPHERE	3	QL(10.7 GM por 30 días)
BREO ELLIPTA	3	QL(180 EA por 90 días)
BREYNA	4	QL(30.9 GM por 90 días)
BREZTRI AEROSPHERE	3	QL(32.1 GM por 90 días)
BRONCHITOL	5	NEDS SP
COMBIVENT RESPIMAT	3	QL(24 GM por 90 días)
FASENRA PEN	5	PA; NEDS SP
FASENRA INJ 10MG/0.5ML	4	PA
FASENRA INJ 30MG/ML	5	PA; NEDS SP
<i>fluticasone propionate/salmeterol diskus</i>	3	QL(180 EA por 90 días)
<i>fluticasone propionate/salmeterol aepb 500mcg/act; 50mcg/act</i>	3	QL(180 EA por 90 días)
<i>fluticasone propionate/salmeterol aepb 113mcg/act; 14mcg/act, 232mcg/act; 14mcg/act, 55mcg/act; 14mcg/act</i>	3	QL(3 EA por 90 días)
<i>hydrocodone bitartrate/homatropine methylbromide tabs</i>	2	EC
<i>hydrocodone polistirex/chlorpheniramine polistirex</i>	2	EC
<i>ipratropium bromide/albuterol sulfate</i>	2	PA BvD
<i>promethazine vc/codeine</i>	2	EC
<i>promethazine/codeine soln</i>	2	EC
<i>promethazine/phenylephrine/codeine</i>	2	EC
STIOLTO RESPIMAT	3	QL(12 GM por 90 días)
TRELEGY ELLIPTA	3	QL(180 EA por 90 días)
<i>wixela inhub</i>	3	QL(180 EA por 90 días)
Agentes para fibrosis pulmonar		
OFEV	5	QL(60 EA por 30 días); PA; NEDS SP
<i>pirfenidone caps</i>	5	QL(270 EA por 30 días); PA; NEDS SP
<i>pirfenidone tabs 534mg</i>	5	QL(135 EA por 30 días); PA; NEDS SP
<i>pirfenidone tabs 267mg</i>	5	QL(270 EA por 30 días); PA; NEDS SP
<i>pirfenidone tabs 801mg</i>	5	QL(90 EA por 30 días); PA; NEDS SP
Agentes para fibrosis quística		
CAYSTON	5	PA; NEDS SP
KALYDECO	5	QL(56 EA por 28 días); PA; NEDS SP
ORKAMBI TABS	5	QL(112 EA por 28 días); PA; NEDS SP
ORKAMBI PACK	5	QL(56 EA por 28 días); PA; NEDS SP
PULMOZYME	5	PA BvD; NEDS SP
TOBI PODHALER	5	NEDS SP

ID de formulario: 25502, Versión: 18, Fecha efectiva: 12/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de diciembre de 2025

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
Antihipertensivos pulmonares		
ADEMPAS	5	PA; NEDS SP
<i>alyq</i>	4	PA
<i>ambrisentan</i>	5	PA; NEDS SP
<i>bosentan</i>	5	PA; NEDS SP
OPSUMIT	5	PA; NEDS SP
ORENITRAM TITRATION KIT MONTH 1	5	PA; NEDS SP
ORENITRAM TITRATION KIT MONTH 2	5	PA; NEDS SP
ORENITRAM TITRATION KIT MONTH 3	5	PA; NEDS SP
ORENITRAM TBCR 0.125MG, 0.25MG, 1MG, 2.5MG	4	PA
ORENITRAM TBCR 5MG	5	PA; NEDS SP
<i>sildenafil citrate tabs 20mg</i>	3	PA
<i>tadalafil tabs 20mg</i>	4	PA
TRACLEER TBSO	5	PA; NEDS SP
VENTAVIS	5	PA; NEDS SP
Antihistamínicos		
<i>azelastine hcl nasal soln 0.15%</i>	2	QL(120 ML por 90 días)
<i>azelastine hydrochloride soln 0.1%</i>	2	QL(120 ML por 90 días)
<i>cyproheptadine hcl syrp</i>	4	
<i>cyproheptadine hydrochloride tabs</i>	2	
<i>desloratadine</i>	3	
<i>diphenhydramine hydrochloride inj</i>	2	
<i>hydroxyzine hcl inj 25mg/ml</i>	2	
<i>hydroxyzine hcl tabs 50mg</i>	2	
<i>hydroxyzine hydrochloride syrp</i>	2	
<i>hydroxyzine hydrochloride tabs 10mg, 25mg</i>	2	
<i>hydroxyzine pamoate caps</i>	2	
<i>levocetirizine dihydrochloride tabs</i>	2	
Antiinflamatorios, corticosteroides inhalados		
<i>budesonide susp 0.25mg/2ml, 0.5mg/2ml, 1mg/2ml</i>	4	PA BvD
FLOVENT DISKUS AEPB 100MCG/BLIST	4	QL(180 EA por 90 días); ST
FLOVENT DISKUS AEPB 250MCG/BLIST	4	QL(720 EA por 90 días); ST
FLOVENT DISKUS AEPB 50MCG/BLIST	4	ST
<i>flunisolide soln 0.025%</i>	3	QL(150 ML por 90 días)
<i>fluticasone propionate diskus aepb 100mcg/act</i>	4	QL(180 EA por 90 días); ST
<i>fluticasone propionate diskus aepb 250mcg/act</i>	4	QL(720 EA por 90 días); ST
<i>fluticasone propionate diskus aepb 50mcg/act</i>	4	ST
<i>fluticasone propionate hfa aero 44mcg/act</i>	4	QL(63.6 GM por 90 días); ST

ID de formulario: 25502, Versión: 18, Fecha efectiva: 12/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de diciembre de 2025

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

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

ID de formulario: 25502, Versión: 18, Fecha efectiva: 12/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de diciembre de 2025

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>b-d insulin syringe ultrafine ii/0.3ml/31g x 5/16"</i>	2	
<i>bd insulin syringe safetyglide/1ml/29g x 1/2"</i>	2	
<i>bd insulin syringe ultra-fine/0.5ml/30g x 12.7mm</i>	2	
<i>bd insulin syringe ultra-fine/1ml/31g x 8mm</i>	2	
<i>bd insulin syringe/u-100/1ml/27g x 1/2"</i>	2	
<i>bd insulin syringe/u-500/0.5ml/31g x 6mm</i>	2	
<i>bd pen needle/original/ultra-fine/29g x 12.7mm</i>	2	
<i>curity gauze pads 2"x2" 12 ply</i>	2	
<i>droplet pen needles 29gx10mm</i>	2	
<i>gauze pads 2"x2"</i>	2	
<i>gnp insulin syringe/0.3ml/30g x 5/16"</i>	2	
<i>gnp insulin syringe/0.5ml/30g x 5/16"</i>	2	
INTRALIPID	3	PA BvD
<i>levocarnitine</i>	4	
NUTRILIPID	3	PA BvD
OMNIPOD 5 DEXCOM G7G6 INTRO KIT (GEN 5)	4	
OMNIPOD 5 DEXCOM G7G6 PODS (GEN 5)	4	
OMNIPOD 5 G7 INTRO KIT (GEN 5)	4	
OMNIPOD 5 G7 PODS (GEN 5)	4	
OMNIPOD 5 LIBRE2 PLUS G6 INTRO GEN 5	4	
OMNIPOD 5 LIBRE2 PLUS G6 PODS	4	
OMNIPOD CLASSIC PDM STARTER KIT (GEN 3)	4	
OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3)	4	
OMNIPOD DASH INTRO KIT (GEN 4)	4	
OMNIPOD DASH PDM KIT (GEN 4)	4	
OMNIPOD DASH PODS (GEN 4)	4	
OMNIPOD GO 10 UNITS/DAY	4	
OMNIPOD GO 15 UNITS/DAY	4	
OMNIPOD GO 20 UNITS/DAY	4	
OMNIPOD GO 25 UNITS/DAY	4	
OMNIPOD GO 30 UNITS/DAY	4	
OMNIPOD GO 35 UNITS/DAY	4	
OMNIPOD GO 40 UNITS/DAY	4	
<i>sodium chloride 0.9%</i>	3	
<i>sterile water for irrigation</i>	2	
<i>techlite insulin syringe u-100/0.5ml/30g x 1/2"</i>	2	
<i>trueplus insulin syringe /u-100/1ml/29g x 1/2"</i>	2	
<i>trueplus pen needles 29gx12mm</i>	2	
Agentes óticos		
<i>Agentes óticos</i>		
<i>acetic acid</i>	2	
<i>ciprofloxacin/dexamethasone</i>	4	
<i>ciprofloxacin soln 0.2%</i>	4	
CORTISPORIN-TC	4	

ID de formulario: 25502, Versión: 18, Fecha efectiva: 12/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de diciembre de 2025

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

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

ID de formulario: 25502, Versión: 18, Fecha efectiva: 12/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de diciembre de 2025

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>oxycodone hydrochloride soln</i>	2	QL(2400 ML por 30 días)
<i>oxycodone hydrochloride caps</i>	3	QL(240 EA por 30 días)
<i>oxycodone hydrochloride conc</i>	4	QL(120 ML por 30 días)
<i>oxycodone hydrochloride tabs 20mg, 30mg</i>	2	QL(120 EA por 30 días)
<i>oxycodone hydrochloride tabs 10mg, 15mg</i>	2	QL(180 EA por 30 días)
<i>oxycodone hydrochloride tabs 5mg</i>	2	QL(240 EA por 30 días)
<i>oxycodone/acetaminophen tabs 325mg; 10mg, 325mg; 2.5mg, 325mg; 5mg, 325mg; 7.5mg</i>	2	QL(240 EA por 30 días)
<i>tramadol hydrochloride/acetaminophen</i>	2	QL(240 EA por 30 días)
<i>tramadol hydrochloride tabs 50mg</i>	1	QL(240 EA por 30 días)
<i>tramadol hydrochloride tabs 100mg</i>	4	QL(120 EA por 30 días)
Analgésicos		
JOURNAVX	4	QL(30 EA por 90 días)
Medicamentos antiinflamatorios no esteroideos		
<i>celecoxib caps 100mg, 200mg, 50mg</i>	2	
<i>celecoxib caps 400mg</i>	3	
<i>diclofenac epolamine</i>	4	QL(60 EA por 30 días); PA
<i>diclofenac potassium tabs 50mg</i>	3	
<i>diclofenac sodium dr tbec 50mg, 75mg</i>	2	
<i>diclofenac sodium dr tbec 25mg</i>	4	
<i>diclofenac sodium er</i>	4	
<i>diclofenac sodium gel 1%</i>	3	QL(960 GM por 30 días)
<i>diclofenac sodium external soln 1.5%</i>	4	
<i>diflunisal tabs 500mg</i>	4	
<i>ec-naproxen tbec 500mg</i>	4	
<i>etodolac er</i>	4	
<i>etodolac tabs</i>	2	
<i>etodolac caps</i>	3	
<i>flurbiprofen tabs 100mg</i>	3	
<i>ibu</i>	1	
<i>ibuprofen susp</i>	2	
<i>ibuprofen tabs 400mg, 600mg, 800mg</i>	1	
<i>indomethacin caps 25mg, 50mg</i>	2	
<i>meloxicam tabs</i>	1	
<i>nabumetone tabs</i>	2	
<i>naproxen dr</i>	4	
<i>naproxen sodium cr tb24 375mg</i>	4	
<i>naproxen sodium tabs 275mg, 550mg</i>	2	
<i>naproxen susp</i>	4	
<i>naproxen tabs 250mg, 375mg, 500mg</i>	1	
<i>naproxen tbec 500mg</i>	4	
<i>oxaprozin tabs</i>	2	
<i>piroxicam caps</i>	3	

ID de formulario: 25502, Versión: 18, Fecha efectiva: 12/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de diciembre de 2025

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>salsalate tabs</i>	2	
<i>sulindac tabs</i>	2	
Anestésicos		
Anestésicos locales		
<i>glydo</i>	2	QL(100 ML por 30 días)
<i>lidocaine hcl jelly prsy</i>	2	QL(100 ML por 30 días)
<i>lidocaine hcl prsy</i>	2	QL(100 ML por 30 días)
<i>lidocaine hcl inj 0.5%, 1.5%, 4%</i>	2	
<i>lidocaine hydrochloride jelly</i>	2	QL(100 ML por 30 días)
<i>lidocaine hydrochloride external soln</i>	3	QL(100 ML por 30 días)
<i>lidocaine hydrochloride inj 1%, 2%</i>	2	
<i>lidocaine/prilocaine crea</i>	3	QL(60 GM por 30 días)
<i>lidocaine oint 5%</i>	3	QL(100 GM por 30 días)
<i>lidocaine ptch 5%</i>	4	QL(90 EA por 30 días); PA
<i>premium lidocaine</i>	3	QL(100 GM por 30 días)
Ansiolíticos		
Ansiolíticos, otros		
<i>bupirone hcl tabs 15mg</i>	2	
<i>bupirone hydrochloride tabs 10mg, 30mg, 5mg, 7.5mg</i>	2	
Benzodiazepinas		
<i>alprazolam</i>	2	
<i>alprazolam er</i>	3	
<i>clorazepate dipotassium tabs</i>	4	
<i>diazepam intensol</i>	3	
<i>diazepam tabs</i>	2	
<i>diazepam soln</i>	3	
<i>lorazepam intensol</i>	2	
<i>lorazepam tabs</i>	2	
<i>oxazepam</i>	4	
Antibacterianos		
Aminoglicósidos		
<i>amikacin sulfate inj 1gm/4ml, 500mg/2ml</i>	4	HI
ARIKAYCE	5	PA; NEDS SP
<i>gentamicin sulfate/0.9% sodium chloride inj 1.2mg/ml; 0.9%, 1.6mg/ml; 0.9%, 1mg/ml; 0.9%, 2mg/ml; 0.9%</i>	4	HI
<i>gentamicin sulfate crea 0.1%</i>	3	
<i>gentamicin sulfate inj 40mg/ml</i>	4	HI
<i>gentamicin sulfate oint 0.1%</i>	2	
<i>isotonic gentamicin inj 0.8mg/ml; 0.9%</i>	4	HI
<i>neomycin sulfate</i>	2	
<i>streptomycin sulfate inj 1gm</i>	5	NEDS SP
<i>tobramycin sulfate inj 1.2gm/30ml, 40mg/ml</i>	2	HI
<i>tobramycin sulfate inj 10mg/ml, 80mg/2ml</i>	4	HI

ID de formulario: 25502, Versión: 18, Fecha efectiva: 12/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de diciembre de 2025

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

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

ID de formulario: 25502, Versión: 18, Fecha efectiva: 12/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de diciembre de 2025

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>cefazolin sodium inj 1gm</i>	4	HI
<i>cefazolin/dextrose inj 3gm/150ml; 4%</i>	2	HI
<i>cefazolin inj 2gm/100ml; 4%, 2gm, 3gm</i>	2	HI
<i>cefdinir</i>	2	
<i>cefepime</i>	4	HI
<i>cefepime hydrochloride inj 2gm</i>	4	HI
<i>cefepime/dextrose</i>	4	HI
<i>cefixime</i>	4	
<i>cefotetan inj 1gm, 2gm</i>	4	HI
<i>cefoxitin sodium inj 10gm, 1gm, 2gm</i>	4	HI
<i>cefpodoxime proxetil tabs</i>	3	
<i>cefpodoxime proxetil susr</i>	4	
<i>cefprozil tabs</i>	3	
<i>cefprozil susr 125mg/5ml</i>	3	
<i>cefprozil susr 250mg/5ml</i>	4	
<i>ceftazidime inj 1gm, 2gm, 6gm</i>	4	HI
<i>ceftriaxone in iso-osmotic dextrose</i>	2	HI
<i>ceftriaxone sodium inj 10gm, 1gm, 250mg, 2gm, 500mg</i>	4	HI
<i>ceftriaxone/dextrose inj 1gm; 3.74%</i>	2	HI
<i>cefuroxime axetil tabs</i>	2	
<i>cefuroxime sodium inj 1.5gm, 750mg</i>	4	HI
<i>cephalexin caps 250mg, 500mg</i>	2	
<i>cephalexin caps 750mg</i>	4	
<i>cephalexin susr, tabs</i>	3	
<i>tazicef inj 1gm, 2gm, 6gm</i>	4	HI
TEFLARO	5	NEDS SP; HI
Betalactámico, penicilinas		
<i>amoxicillin/clavulanate potassium er</i>	4	
<i>amoxicillin/clavulanate potassium susr, tabs</i>	2	
<i>amoxicillin/clavulanate potassium chew</i>	4	
<i>amoxicillin chew 125mg, 250mg</i>	2	
<i>amoxicillin caps, susr, tabs</i>	2	
<i>ampicillin sodium inj</i>	4	HI
<i>ampicillin-sulbactam inj 10gm; 5gm, 1gm; 0.5gm</i>	4	HI
<i>ampicillin/sulbactam inj 2gm; 1gm</i>	4	HI
<i>ampicillin caps 500mg</i>	2	
BICILLIN L-A INJ 1200000UNIT/2ML, 2400000UNIT/4ML, 600000UNIT/ML	4	
<i>dicloxacillin sodium</i>	3	
<i>nafcillin sodium inj 10gm, 1gm, 2gm</i>	4	HI
<i>oxacillin sodium inj 10gm, 1gm, 2gm</i>	4	HI
<i>penicillin g potassium in iso-osmotic dextrose inj 0; 20000unit/ml</i>	2	HI
<i>penicillin g potassium inj 20000000unit, 5000000unit</i>	4	HI

ID de formulario: 25502, Versión: 18, Fecha efectiva: 12/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de diciembre de 2025

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>penicillin g sodium</i>	5	NEDS SP; HI
<i>penicillin v potassium</i>	2	
<i>piperacillin sodium/tazobactam sodium</i>	4	HI
ZOSYN INJ 5%; 4GM/100ML; 0.5GM/100ML	3	HI
Carbapenemas		
<i>ertapenem sodium</i>	4	HI
<i>imipenem/cilastatin</i>	4	HI
<i>meropenem inj 500mg</i>	3	HI
<i>meropenem inj 1gm, 2gm</i>	4	HI
Macrólidos		
<i>azithromycin tabs</i>	2	
<i>azithromycin pack, susr</i>	3	
<i>azithromycin inj 500mg</i>	4	HI
<i>clarithromycin er</i>	3	
<i>clarithromycin tabs</i>	1	
<i>clarithromycin susr</i>	4	
DIFICID	5	NEDS SP
<i>erythromycin dr</i>	4	
<i>erythromycin ethylsuccinate tabs</i>	4	
<i>fidaxomicin</i>	5	NEDS SP
Quinolonas		
<i>ciprofloxacin hcl tabs 100mg, 750mg</i>	1	
<i>ciprofloxacin hydrochloride tabs 250mg, 500mg</i>	1	
<i>ciprofloxacin i.v.-in d5w</i>	4	HI
<i>ciprofloxacin susr 500mg/5ml, 5gm/100ml</i>	4	
<i>levofloxacin in d5w inj 5%; 250mg/50ml, 5%; 500mg/100ml</i>	3	HI
<i>levofloxacin in d5w inj 5%; 750mg/150ml</i>	4	HI
<i>levofloxacin oral soln 25mg/ml</i>	4	
<i>levofloxacin tabs 250mg, 500mg, 750mg</i>	2	
<i>moxifloxacin hydrochloride/sodium hydrochloride</i>	4	HI
<i>moxifloxacin hydrochloride tabs 400mg</i>	2	
Sulfonamidas		
<i>sulfacetamide sodium lotn 10%</i>	4	
<i>sulfadiazine tabs</i>	4	
<i>sulfamethoxazole/trimethoprim ds</i>	1	
<i>sulfamethoxazole/trimethoprim tabs</i>	1	
<i>sulfamethoxazole/trimethoprim susp</i>	3	
Tetraciclinas		
DOXY 100	3	HI
<i>doxycycline hyclate caps</i>	2	
<i>doxycycline hyclate inj</i>	3	HI
<i>doxycycline hyclate tabs 100mg, 20mg</i>	2	
<i>doxycycline hyclate tabs 150mg</i>	4	
<i>doxycycline monohydrate caps 100mg, 50mg</i>	2	

ID de formulario: 25502, Versión: 18, Fecha efectiva: 12/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de diciembre de 2025

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>doxycycline monohydrate tabs</i>	2	
<i>doxycycline susr</i>	4	
<i>minocycline hcl caps 75mg</i>	3	
<i>minocycline hcl tabs 100mg, 75mg</i>	4	
<i>minocycline hydrochloride caps 100mg, 50mg</i>	3	
<i>minocycline hydrochloride tabs 50mg</i>	4	
<i>mondoxyne nl caps 100mg</i>	2	
<i>tetracycline hydrochloride caps</i>	3	
VIBRAMYCIN SYRP	4	
Anticonvulsivos		
<i>Agentes de modificación de los canales de calcio</i>		
<i>ethosuximide soln</i>	3	
<i>ethosuximide caps</i>	4	
<i>methsuximide</i>	3	
<i>Agentes moduladores del ácido gamma-aminobutírico (gamma-aminobutyric acid, GABA)</i>		
<i>clobazam susp</i>	3	
<i>clobazam tabs</i>	3	QL(60 EA por 30 días)
<i>clonazepam odt</i>	3	
<i>clonazepam tabs</i>	1	
DIACOMIT	5	PA NSO; NEDS SP
<i>diazepam rectal gel</i>	4	
<i>divalproex sodium dr tbec</i>	2	
<i>divalproex sodium dr csdr</i>	3	
<i>divalproex sodium er</i>	3	
<i>gabapentin caps</i>	2	
<i>gabapentin soln</i>	4	
<i>gabapentin tabs 600mg, 800mg</i>	2	
LIBERVANT	4	QL(10 EA por 30 días)
<i>phenobarbital elix 20mg/5ml</i>	3	
<i>phenobarbital tabs 100mg, 15mg, 16.2mg, 30mg, 32.4mg, 60mg, 64.8mg, 97.2mg</i>	2	
<i>pregabalin caps</i>	2	
<i>pregabalin soln</i>	4	
<i>primidone tabs</i>	2	
SYMPAZAN FILM 5MG	4	
SYMPAZAN FILM 10MG, 20MG	5	NEDS SP
<i>tiagabine hydrochloride</i>	4	
VALTOCO 10 MG DOSE	5	QL(10 EA por 30 días); PA NSO; NEDS SP
VALTOCO 15 MG DOSE	5	QL(10 EA por 30 días); PA NSO; NEDS SP
VALTOCO 20 MG DOSE	5	QL(10 EA por 30 días); PA NSO; NEDS SP

ID de formulario: 25502, Versión: 18, Fecha efectiva: 12/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de diciembre de 2025

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
VALTOCO 5 MG DOSE	5	QL(10 EA por 30 días); PA NSO; NEDS SP
<i>vigabatrin</i>	5	NEDS SP
<i>vigadrone</i>	5	NEDS SP
VIGAFYDE	5	PA NSO; NEDS SP
<i>vigpoder</i>	5	NEDS SP
ZTALMY	5	PA NSO; NEDS SP
Agentes para los canales de sodio		
APTOM	4	
<i>carbamazepine er</i>	4	
<i>carbamazepine chew 100mg</i>	3	
<i>carbamazepine tabs</i>	3	
<i>carbamazepine susp</i>	4	
<i>epitol</i>	3	
<i>eslicarbazepine acetate</i>	4	
<i>lacosamide tabs</i>	3	QL(60 EA por 30 días)
<i>lacosamide inj, oral soln</i>	4	
<i>oxcarbazepine tabs</i>	3	
<i>oxcarbazepine susp</i>	4	
<i>phenytek</i>	2	
<i>phenytoin sodium extended</i>	2	
<i>phenytoin chew, susp</i>	2	
<i>rufinamide susp</i>	5	NEDS SP
<i>rufinamide tabs 200mg</i>	4	
<i>rufinamide tabs 400mg</i>	5	NEDS SP
XCOPRI TABS	5	NEDS SP
XCOPRI TBP 0	4	
XCOPRI TBP 0	5	NEDS SP
ZONISADE	4	
<i>zonisamide</i>	2	
Anticonvulsivos, otros		
BRIVIACT SOLN, TABS	5	NEDS SP
EPIDIOLEX	5	PA NSO; NEDS SP
EPRONTIA	4	
<i>felbamate</i>	4	
FINTEPLA	5	PA NSO; NEDS SP
FYCOMPA	4	
<i>lamotrigine er</i>	4	
<i>lamotrigine odt</i>	4	
<i>lamotrigine starter kit/blue</i>	4	
<i>lamotrigine starter kit/green</i>	4	
<i>lamotrigine starter kit/orange</i>	4	
<i>lamotrigine tabs</i>	2	
<i>lamotrigine chew</i>	3	

ID de formulario: 25502, Versión: 18, Fecha efectiva: 12/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de diciembre de 2025

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>levetiracetam er</i>	4	
<i>levetiracetam inj</i>	2	
<i>levetiracetam oral soln, tabs</i>	3	
<i>levetiracetam tb3d</i>	4	
NAYZILAM	4	QL(10 EA por 30 días); PA NSO
<i>perampanel</i>	4	
<i>roweepra tabs 500mg</i>	3	
SPRITAM	4	
<i>subvenite</i>	2	
<i>subvenite starter kit/blue</i>	4	
<i>subvenite starter kit/green</i>	4	
<i>subvenite starter kit/orange</i>	4	
<i>topiramate tabs</i>	2	
<i>topiramate cpsp, soln</i>	4	
<i>valproic acid</i>	2	
Antidepresivos		
<i>Antidepresivos, otros</i>		
AUVELITY	4	
<i>bupropion hydrochloride er (sr) tb12 100mg, 150mg, 200mg</i>	2	
<i>bupropion hydrochloride er (xl) tb24 150mg, 300mg</i>	2	
<i>bupropion hydrochloride tabs</i>	2	
<i>mirtazapine odt</i>	3	
<i>mirtazapine tabs</i>	2	
ZURZUVAE CAPS 30MG	5	QL(14 EA por 14 días); PA NSO; NEDS SP
ZURZUVAE CAPS 20MG, 25MG	5	QL(28 EA por 14 días); PA NSO; NEDS SP
<i>Inhibidores de la monoaminoxidasa</i>		
EMSAM	5	ST NSO; NEDS SP
MARPLAN	4	
<i>phenelzine sulfate</i>	3	
<i>tranylcypromine sulfate</i>	4	
<i>Tricíclicos</i>		
<i>amitriptyline hcl tabs 100mg, 150mg, 25mg, 75mg</i>	2	
<i>amitriptyline hydrochloride tabs 100mg, 10mg, 25mg, 50mg, 75mg</i>	2	
<i>amoxapine</i>	3	
<i>clomipramine hydrochloride</i>	3	
<i>desipramine hydrochloride</i>	4	
<i>doxepin hcl caps 75mg</i>	3	
<i>doxepin hcl conc</i>	2	
<i>doxepin hydrochloride caps 100mg, 10mg, 150mg, 25mg, 50mg</i>	3	

ID de formulario: 25502, Versión: 18, Fecha efectiva: 12/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de diciembre de 2025

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>imipramine hcl tabs 25mg, 50mg</i>	2	
<i>imipramine hydrochloride tabs 10mg</i>	2	
<i>nortriptyline hcl caps 25mg, 75mg</i>	2	
<i>nortriptyline hcl soln</i>	4	
<i>nortriptyline hydrochloride caps 10mg, 50mg</i>	2	
<i>protriptyline hcl</i>	4	
<i>trimipramine maleate caps</i>	4	
Antidepressants		
SSRIs/SNRIs (Selective Serotonin Reuptake Inhibitors/Serotonin and Norepinephrine Reuptake Inhibitor)		
<i>citalopram hydrobromide tabs</i>	1	
<i>citalopram hydrobromide soln</i>	4	
<i>desvenlafaxine er</i>	3	
DRIZALMA SPRINKLE CSDR 20MG, 60MG	4	QL(60 EA por 30 días)
DRIZALMA SPRINKLE CSDR 30MG, 40MG	4	QL(90 EA por 30 días)
<i>duloxetine hydrochloride dr cpep 20mg, 60mg</i>	2	QL(60 EA por 30 días)
<i>duloxetine hydrochloride dr cpep 30mg</i>	2	QL(90 EA por 30 días)
<i>duloxetine hydrochloride dr cpep 40mg</i>	4	QL(90 EA por 30 días)
<i>escitalopram oxalate tabs</i>	2	
<i>escitalopram oxalate soln</i>	4	
FETZIMA	4	ST NSO
FETZIMA TITRATION PACK	4	ST NSO
<i>fluoxetine dr</i>	4	
<i>fluoxetine hydrochloride caps</i>	1	
<i>fluoxetine hydrochloride soln</i>	4	
<i>fluvoxamine maleate</i>	3	
<i>nefazodone hydrochloride</i>	4	
<i>paroxetine hcl</i>	2	
<i>paroxetine hydrochloride tabs</i>	2	
<i>paroxetine hydrochloride susp</i>	4	
RALDESY	5	NEDS SP
<i>sertraline hcl tabs</i>	1	
<i>sertraline hcl conc</i>	3	
<i>sertraline hydrochloride</i>	1	
<i>trazodone hydrochloride</i>	2	
TRINTELLIX	4	
<i>venlafaxine hydrochloride</i>	2	
<i>venlafaxine hydrochloride er</i>	3	
VIIBRYD STARTER PACK	4	
<i>vilazodone hydrochloride</i>	4	
Antieméticos		
Adyuvantes para terapia emetogénica		
<i>aprepitant caps 0, 40mg, 80mg</i>	4	PA BvD
<i>aprepitant caps 125mg</i>	5	PA BvD; NEDS SP

ID de formulario: 25502, Versión: 18, Fecha efectiva: 12/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de diciembre de 2025

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>dronabinol</i>	4	PA BvD
<i>granisetron hydrochloride tabs</i>	3	PA BvD
<i>ondansetron hcl soln</i>	2	PA BvD
<i>ondansetron hcl tabs 24mg</i>	2	PA BvD
<i>ondansetron hydrochloride tabs</i>	2	PA BvD
<i>ondansetron odt tbdp 4mg, 8mg</i>	2	PA BvD
Antieméticos, otros		
<i>meclizine hcl tabs</i>	4	
<i>prochlorperazine edisylate inj 10mg/2ml</i>	2	
<i>prochlorperazine maleate tabs</i>	2	
<i>prochlorperazine supp 25mg</i>	4	
<i>promethazine hcl inj</i>	2	
<i>promethazine hydrochloride plain</i>	2	
<i>promethazine hydrochloride tabs</i>	2	
<i>scopolamine</i>	4	
Antimicobacterianos		
Antimicobacterianos, otros		
<i>dapsone tabs</i>	3	
<i>rifabutin</i>	4	
Antituberculosos		
<i>ethambutol hydrochloride</i>	3	
<i>isoniazid tabs</i>	1	
<i>isoniazid syrp</i>	4	
PRIFTIN	4	
<i>pyrazinamide tabs</i>	4	
<i>rifampin caps, inj</i>	4	
SIRTURO	5	PA; NEDS SP
TRECTOR	4	
Antimicóticos		
Antimicóticos		
ABELCET	4	PA
<i>amphotericin b</i>	4	PA
<i>amphotericin b liposome</i>	5	PA; NEDS SP
<i>clotrimazole crea</i>	2	
<i>clotrimazole soln, troc</i>	3	
<i>econazole nitrate</i>	2	
<i>fluconazole in sodium chloride</i>	4	
<i>fluconazole tabs</i>	2	
<i>fluconazole susr</i>	4	
<i>flucytosine</i>	5	NEDS SP
<i>griseofulvin microsize</i>	4	
<i>griseofulvin ultramicrosize</i>	4	
<i>itraconazole</i>	3	
<i>ketoconazole sham, tabs</i>	2	

ID de formulario: 25502, Versión: 18, Fecha efectiva: 12/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de diciembre de 2025

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>ketoconazole crea</i>	2	QL(120 GM por 30 días)
<i>klayesta</i>	2	
<i>micafungin</i>	4	
<i>miconazole 3</i>	3	
<i>naftifine hydrochloride</i>	4	
<i>nyamyc</i>	2	
<i>nystatin crea, oint, powd, susp</i>	2	
<i>nystatin tabs</i>	3	
<i>nystop</i>	2	
<i>posaconazole</i>	5	NEDS SP
<i>posaconazole dr</i>	5	NEDS SP
<i>terbinafine hcl</i>	2	QL(42 EA por 42 días)
<i>terconazole crea</i>	3	
<i>terconazole supp</i>	4	
<i>voriconazole tabs</i>	4	
<i>voriconazole susr</i>	5	NEDS SP
<i>voriconazole inj</i>	5	PA; NEDS SP
Antineoplásicos		
<i>Agentes alquilantes</i>		
<i>cyclophosphamide tabs</i>	3	PA BvD
<i>cyclophosphamide caps</i>	4	PA BvD
GLEOSTINE CAPS 100MG, 10MG, 40MG	4	
LEUKERAN	5	NEDS SP
MATULANE	5	NEDS SP
VALCHLOR	5	NEDS SP
<i>Agentes antiangiogénicos</i>		
<i>lenalidomide</i>	5	PA NSO; NEDS SP
POMALYST	5	PA NSO; NEDS SP
REVLIMID	5	PA NSO; NEDS SP
THALOMID	5	NEDS SP
<i>Antiandrogénicos</i>		
<i>abiraterone acetate</i>	5	PA NSO; NEDS SP
ABIRTEGA	4	PA NSO
<i>bicalutamide</i>	2	
ERLEADA	5	PA NSO; NEDS SP
EULEXIN	4	
<i>flutamide</i>	2	
<i>nilutamide</i>	5	NEDS SP
NUBEQA	5	PA NSO; NEDS SP
XTANDI	5	PA NSO; NEDS SP
<i>Anticuerpos monoclonales/conjugados anticuerpo-fármaco</i>		
DARZALEX	5	NEDS SP
OPDIVO	5	NEDS SP
YERVOY	5	NEDS SP

ID de formulario: 25502, Versión: 18, Fecha efectiva: 12/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de diciembre de 2025

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
Antiestrógenos/modificadores		
EMCYT	5	NEDS SP
ORSERDU	5	PA NSO; NEDS SP
SOLTAMOX	5	NEDS SP
<i>tamoxifen citrate tabs</i>	3	
<i>toremifene citrate</i>	5	NEDS SP
Antimetabolitos		
DROXIA	3	
<i>hydroxyurea caps</i>	3	
<i>mercaptopurine tabs</i>	4	
<i>mercaptopurine susp</i>	5	NEDS SP
PURIXAN	5	NEDS SP
TABLOID	4	
Antineoplásicos, otros		
AKEEGA	5	PA NSO; NEDS SP
<i>bortezomib inj 1mg, 2.5mg</i>	4	
<i>bortezomib inj 3.5mg/1.4ml, 3.5mg</i>	5	NEDS SP
<i>boruzu</i>	4	
<i>docetaxel inj 160mg/8ml, 20mg/ml, 80mg/4ml</i>	4	
IBRANCE TABS 100MG, 125MG, 75MG	5	PA NSO; NEDS SP
INREBIC	5	PA NSO; NEDS SP
ITOVEBI TABS 9MG	5	PA NSO; NEDS SP
ITOVEBI TABS 3MG	5	QL(60 EA por 30 días); PA NSO; NEDS SP
IWILFIN	5	PA NSO; NEDS SP
KISQALI FEMARA 200 DOSE	5	PA NSO; NEDS SP
KISQALI FEMARA 400 DOSE	5	PA NSO; NEDS SP
KISQALI FEMARA 600 DOSE	5	PA NSO; NEDS SP
LAZCLUZE TABS 240MG	5	PA NSO; NEDS SP
LAZCLUZE TABS 80MG	5	QL(60 EA por 30 días); PA NSO; NEDS SP
<i>leucovorin calcium tabs</i>	2	
LONSURF	5	PA NSO; NEDS SP
LYSODREN	5	NEDS SP
MODEYSO	5	PA NSO; NEDS SP
OGSIVEO	5	PA NSO; NEDS SP
OJEMDA	5	PA NSO; NEDS SP
ONUREG	5	PA NSO; NEDS SP
<i>paclitaxel inj 100mg/16.7ml, 150mg/25ml, 300mg/50ml, 30mg/5ml</i>	2	
REVUFORJ	5	PA NSO; NEDS SP
SYNRIBO	5	NEDS SP
TRUSELTIQ	5	PA NSO; NEDS SP
VONJO	5	PA NSO; NEDS SP

ID de formulario: 25502, Versión: 18, Fecha efectiva: 12/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de diciembre de 2025

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
ZOLINZA	5	PA NSO; NEDS SP
Complementos del tratamiento		
<i>mesna tabs</i>	5	NEDS SP
MESNEX TABS	5	NEDS SP
VORANIGO TABS 40MG	5	PA NSO; NEDS SP
VORANIGO TABS 10MG	5	QL(60 EA por 30 días); PA NSO; NEDS SP
Inhibidores de enzimas		
AVMAPKI FAKZYNJA CO-PACK	5	PA NSO; NEDS SP
KYPROLIS	5	NEDS SP
Inhibidores de la aromatasa, tercera generación		
<i>anastrozole tabs</i>	3	
<i>exemestane</i>	4	
<i>letrozole</i>	3	
Inhibidores moleculares dirigidos		
ALECENSA	5	PA NSO; NEDS SP
ALUNBRIG	5	PA NSO; NEDS SP
AUGTYRO	5	PA NSO; NEDS SP
AYVAKIT	5	QL(30 EA por 30 días); PA NSO; NEDS SP
BALVERSA	5	PA NSO; NEDS SP
BOSULIF CAPS 50MG	5	PA NSO; NEDS SP
BOSULIF CAPS 100MG	5	QL(120 EA por 30 días); PA NSO; NEDS SP
BOSULIF TABS 100MG	5	QL(120 EA por 30 días); PA NSO; NEDS SP
BOSULIF TABS 400MG, 500MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA NSO; NEDS SP
BRAFTOVI CAPS 75MG	5	PA NSO; NEDS SP
BRUKINSA CAPS	5	PA NSO; NEDS SP
BRUKINSA TABS	5	PA; NEDS SP
CABOMETYX	5	PA NSO; NEDS SP
CALQUENCE	5	PA NSO; NEDS SP
CAPRELSA TABS 300MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA NSO; NEDS SP
CAPRELSA TABS 100MG	5	QL(60 EA por 30 días); PA NSO; NEDS SP
COMETRIQ	5	PA NSO; NEDS SP
COPIKTRA	5	PA NSO; NEDS SP
COTELLIC	5	PA NSO; NEDS SP
DANZITEN	5	PA NSO; NEDS SP
<i>dasatinib</i>	5	PA NSO; NEDS SP
DAURISMO	5	PA NSO; NEDS SP
ERIVEDGE	5	PA NSO; NEDS SP

ID de formulario: 25502, Versión: 18, Fecha efectiva: 12/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de diciembre de 2025

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>erlotinib hydrochloride tabs 150mg, 25mg</i>	5	QL(30 EA por 30 días); NEDS SP
<i>erlotinib hydrochloride tabs 100mg</i>	5	QL(90 EA por 30 días); NEDS SP
<i>everolimus tabs 10mg, 2.5mg, 5mg, 7.5mg</i>	5	QL(30 EA por 30 días); PA NSO; NEDS SP
<i>everolimus tbso 2mg, 3mg, 5mg</i>	5	QL(60 EA por 30 días); PA NSO; NEDS SP
EXKIVITY	5	PA NSO; NEDS SP
FOTIVDA	5	PA NSO; NEDS SP
FRUZAQLA	5	PA NSO; NEDS SP
GAVRETO	5	PA NSO; NEDS SP
<i>gefitinib</i>	5	PA NSO; NEDS SP
GILOTRIF	5	PA NSO; NEDS SP
GOMEKLI	5	PA NSO; NEDS SP
HERNEXEOS	5	PA NSO; NEDS SP
IBRANCE CAPS 100MG, 125MG, 75MG	5	PA NSO; NEDS SP
IBTROZI	5	PA NSO; NEDS SP
ICLUSIG	5	PA NSO; NEDS SP
IDHIFA	5	QL(30 EA por 30 días); PA NSO; NEDS SP
<i>imatinib mesylate tabs</i>	5	NEDS SP
IMBRUVICA	5	PA NSO; NEDS SP
IMKELDI	5	PA NSO; NEDS SP
INLYTA	5	PA NSO; NEDS SP
INQOVI	5	PA NSO; NEDS SP
JAKAFI	5	PA NSO; NEDS SP
JAYPIRCA	5	PA NSO; NEDS SP
KISQALI	5	PA NSO; NEDS SP
KOSELUGO	5	PA NSO; NEDS SP
KRAZATI	5	PA NSO; NEDS SP
<i>lapatinib ditosylate</i>	5	QL(180 EA por 30 días); PA NSO; NEDS SP
LENVIMA 10 MG DAILY DOSE	5	PA NSO; NEDS SP
LENVIMA 12MG DAILY DOSE	5	PA NSO; NEDS SP
LENVIMA 14 MG DAILY DOSE	5	PA NSO; NEDS SP
LENVIMA 18 MG DAILY DOSE	5	PA NSO; NEDS SP
LENVIMA 20 MG DAILY DOSE	5	PA NSO; NEDS SP
LENVIMA 24 MG DAILY DOSE	5	PA NSO; NEDS SP
LENVIMA 4 MG DAILY DOSE	5	PA NSO; NEDS SP
LENVIMA 8 MG DAILY DOSE	5	PA NSO; NEDS SP
LORBRENA	5	PA NSO; NEDS SP
LUMAKRAS	5	PA NSO; NEDS SP
LYNPARZA TABS	5	PA NSO; NEDS SP

ID de formulario: 25502, Versión: 18, Fecha efectiva: 12/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de diciembre de 2025

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
LYTGOBI	5	PA NSO; NEDS SP
MEKINIST	5	PA NSO; NEDS SP
MEKTOVI	5	PA NSO; NEDS SP
NERLYNX	5	PA NSO; NEDS SP
<i>nilotinib hydrochloride</i>	5	PA NSO; NEDS SP
NINLARO	5	PA NSO; NEDS SP
ODOMZO	5	PA NSO; NEDS SP
OJJAARA	5	PA NSO; NEDS SP
<i>pazopanib hydrochloride tabs 200mg</i>	5	QL(120 EA por 30 días); PA NSO; NEDS SP
PEMAZYRE	5	PA NSO; NEDS SP
PIQRAY 200MG DAILY DOSE	5	PA NSO; NEDS SP
PIQRAY 250MG DAILY DOSE	5	PA NSO; NEDS SP
PIQRAY 300MG DAILY DOSE	5	PA NSO; NEDS SP
QINLOCK	5	PA NSO; NEDS SP
RETEVMO CAPS	5	PA NSO; NEDS SP
RETEVMO TABS 120MG, 160MG	5	PA NSO; NEDS SP
RETEVMO TABS 80MG	5	QL(60 EA por 30 días); PA NSO; NEDS SP
RETEVMO TABS 40MG	5	QL(90 EA por 30 días); PA NSO; NEDS SP
REZLIDHIA	5	PA NSO; NEDS SP
ROMVIMZA	5	PA NSO; NEDS SP
ROZLYTREK	5	PA NSO; NEDS SP
RUBRACA	5	QL(120 EA por 30 días); PA NSO; NEDS SP
RYDAPT	5	PA NSO; NEDS SP
SCEMBLIX TABS 20MG, 40MG	5	PA NSO; NEDS SP
SCEMBLIX TABS 100MG	5	QL(120 EA por 30 días); PA NSO; NEDS SP
<i>sorafenib</i>	5	QL(220 EA por 30 días); PA NSO; NEDS SP
<i>sorafenib tosylate</i>	5	QL(220 EA por 30 días); PA NSO; NEDS SP
SPRYCEL	5	PA NSO; NEDS SP
STIVARGA	5	QL(90 EA por 30 días); PA NSO; NEDS SP
<i>sunitinib malate</i>	5	PA NSO; NEDS SP
TABRECTA	5	PA NSO; NEDS SP
TAFINLAR	5	PA NSO; NEDS SP
TAGRISSO	5	PA NSO; NEDS SP
TALZENNA	5	PA NSO; NEDS SP
TASIGNA	5	PA NSO; NEDS SP
TAZVERIK	5	PA NSO; NEDS SP

ID de formulario: 25502, Versión: 18, Fecha efectiva: 12/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de diciembre de 2025

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
TEPMETKO	5	PA NSO; NEDS SP
TIBSOVO	5	PA NSO; NEDS SP
TRUQAP	5	PA NSO; NEDS SP
TUKYSA	5	PA NSO; NEDS SP
TURALIO	5	PA NSO; NEDS SP
VANFLYTA	5	PA NSO; NEDS SP
VENCLEXTA STARTING PACK	5	PA NSO; NEDS SP
VENCLEXTA TABS 10MG, 50MG	3	PA NSO
VENCLEXTA TABS 100MG	5	PA NSO; NEDS SP
VERZENIO	5	PA NSO; NEDS SP
VITRAKVI	5	PA NSO; NEDS SP
VIZIMPRO	5	PA NSO; NEDS SP
XALKORI	5	PA NSO; NEDS SP
XOSPATA	5	PA NSO; NEDS SP
XPOVIO	5	PA NSO; NEDS SP
XPOVIO 60 MG TWICE WEEKLY	5	PA NSO; NEDS SP
XPOVIO 80 MG TWICE WEEKLY	5	PA NSO; NEDS SP
ZEJULA	5	PA NSO; NEDS SP
ZELBORAF	5	PA NSO; NEDS SP
ZYDELIG	5	PA NSO; NEDS SP
ZYKADIA TABS	5	PA NSO; NEDS SP
Retinoides		
<i>bexarotene caps</i>	5	NEDS SP
<i>bexarotene gel</i>	5	PA NSO; NEDS SP
PANRETIN	5	NEDS SP
<i>tretinoin caps 10mg</i>	5	NEDS SP
Antiparasitarios		
Antihelmínticos		
<i>albendazole tabs</i>	4	
<i>ivermectin tabs</i>	3	
<i>praziquantel tabs</i>	3	
Antiprotozoico		
<i>atovaquone</i>	4	
<i>atovaquone/proguanil hcl tabs 62.5mg; 25mg</i>	4	
<i>atovaquone/proguanil hydrochloride</i>	4	
<i>chloroquine phosphate tabs 250mg</i>	3	
<i>chloroquine phosphate tabs 500mg</i>	4	
COARTEM	4	QL(24 EA por 3 días)
<i>hydroxychloroquine sulfate tabs 200mg</i>	2	
<i>mefloquine hydrochloride</i>	3	
<i>nitazoxanide</i>	4	
<i>pentamidine isethionate inj</i>	4	
<i>pentamidine isethionate inhalation solr</i>	4	PA BvD
<i>primaquine phosphate tabs</i>	4	

ID de formulario: 25502, Versión: 18, Fecha efectiva: 12/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de diciembre de 2025

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>pyrimethamine tabs</i>	5	NEDS SP
<i>quinine sulfate caps 324mg</i>	4	PA
Antipsicóticos		
Primera generación/típico		
<i>chlorpromazine hcl tabs</i>	4	
<i>chlorpromazine hydrochloride conc, tabs</i>	4	
<i>fluphenazine decanoate inj</i>	4	
<i>fluphenazine hcl conc</i>	4	
<i>fluphenazine hydrochloride</i>	4	
<i>haloperidol decanoate inj</i>	3	
<i>haloperidol lactate</i>	4	
<i>haloperidol conc, tabs</i>	2	
<i>loxapine</i>	3	
<i>molindone hydrochloride</i>	3	
<i>perphenazine tabs</i>	3	
<i>pimozide</i>	4	
<i>thioridazine hydrochloride</i>	3	
<i>thiothixene caps 10mg, 1mg, 2mg, 5mg</i>	4	
<i>trifluoperazine hcl tabs 10mg, 2mg, 5mg</i>	4	
<i>trifluoperazine hydrochloride tabs 1mg</i>	4	
Resistente al tratamiento		
<i>clozapine odt</i>	4	
<i>clozapine tabs 100mg, 200mg, 25mg, 50mg</i>	3	
VERSACLOZ	5	NEDS SP
Segunda generación/atípico		
ABILIFY ASIMTUFII	5	NEDS SP
ABILIFY MAINTENA	5	NEDS SP
ABILIFY MYCITE MAINTENANCE KIT TBPk 10MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA NSO; NEDS SP
ABILIFY MYCITE STARTER KIT TBPk 15MG, 20MG, 2MG, 30MG, 5MG	5	QL(30 EA por 30 días); PA NSO; NEDS SP
<i>aripiprazole odt</i>	4	
<i>aripiprazole tabs</i>	2	
<i>aripiprazole soln</i>	3	
ARISTADA	5	NEDS SP
ARISTADA INITIO	5	NEDS SP
<i>asenapine maleate sl</i>	4	ST NSO
CAPLYTA	5	QL(30 EA por 30 días); PA NSO; NEDS SP
FANAPT	5	ST NSO; NEDS SP
FANAPT TITRATION PACK A	4	ST NSO
FANAPT TITRATION PACK B	4	ST NSO
FANAPT TITRATION PACK C	4	ST NSO
INVEGA HAFYERA	5	NEDS SP

ID de formulario: 25502, Versión: 18, Fecha efectiva: 12/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de diciembre de 2025

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
INVEGA SUSTENNA INJ 39MG/0.25ML	4	
INVEGA SUSTENNA INJ 117MG/0.75ML, 156MG/ML, 234MG/1.5ML, 78MG/0.5ML	5	NEDS SP
INVEGA TRINZA	5	NEDS SP
<i>lurasidone hydrochloride tabs 120mg, 20mg, 40mg, 60mg</i>	4	QL(30 EA por 30 días)
<i>lurasidone hydrochloride tabs 80mg</i>	4	QL(60 EA por 30 días)
LYBALVI	5	PA NSO; NEDS SP
NUPLAZID CAPS	5	QL(60 EA por 30 días); PA NSO; NEDS SP
NUPLAZID TABS 10MG	5	QL(60 EA por 30 días); PA NSO; NEDS SP
<i>olanzapine odt</i>	3	
<i>olanzapine tabs</i>	2	
<i>olanzapine inj</i>	3	
OPIPZA	5	PA NSO; NEDS SP
<i>paliperidone er</i>	4	
PERSERIS	5	NEDS SP
<i>quetiapine fumarate tabs 100mg, 150mg, 200mg, 300mg, 400mg</i>	2	
<i>quetiapine fumarate tabs 25mg, 50mg</i>	2	QL(60 EA por 30 días)
REXULTI	5	NEDS SP
RISPERDAL CONSTA INJ 12.5MG, 25MG	4	
RISPERDAL CONSTA INJ 37.5MG, 50MG	5	NEDS SP
<i>risperidone er inj 12.5mg, 25mg</i>	4	
<i>risperidone er inj 37.5mg, 50mg</i>	5	NEDS SP
<i>risperidone odt</i>	3	
<i>risperidone tabs</i>	1	
<i>risperidone soln</i>	3	
SECUADO	5	NEDS SP
VRAYLAR CPPK	4	
VRAYLAR CAPS	5	NEDS SP
<i>ziprasidone hcl</i>	3	
<i>ziprasidone mesylate</i>	3	
ZYPREXA RELPREVV INJ 210MG	3	
ZYPREXA RELPREVV INJ 300MG, 405MG	5	NEDS SP
Antivírico		
<i>Agentes anti-VIH, inhibidores de la proteasa (IP)</i>		
APTIVUS CAPS	5	NEDS SP
<i>atazanavir</i>	4	
<i>atazanavir sulfate caps 300mg</i>	4	
<i>darunavir</i>	5	NEDS SP
EVOTAZ	5	NEDS SP
<i>fosamprenavir calcium</i>	5	NEDS SP
KALETRA SOLN	4	

ID de formulario: 25502, Versión: 18, Fecha efectiva: 12/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de diciembre de 2025

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
LEXIVA SUSP	3	
<i>lopinavir/ritonavir</i>	4	
NORVIR SOLN	3	
NORVIR PACK	4	
PREZCOBIX	5	NEDS SP
PREZISTA SUSP	5	NEDS SP
PREZISTA TABS 75MG	4	
PREZISTA TABS 150MG	5	NEDS SP
REYATAZ PACK	5	NEDS SP
<i>ritonavir</i>	3	
SYMTUZA	5	NEDS SP
VIRACEPT TABS 250MG	3	
VIRACEPT TABS 625MG	5	NEDS SP
Agentes anti-VIH, otros		
FUZEON	5	NEDS SP
<i>maraviroc tabs 300mg</i>	5	QL(120 EA por 30 días); NEDS SP
<i>maraviroc tabs 150mg</i>	5	QL(60 EA por 30 días); NEDS SP
RUKOBIA	5	NEDS SP
SELZENTRY SOLN	3	QL(1800 ML por 30 días)
SELZENTRY TABS 25MG	4	
SELZENTRY TABS 75MG	5	NEDS SP
SUNLENCA TBP	5	NEDS SP
SUNLENCA TABS	5	QL(24 EA por 168 días); NEDS SP
TYBOST	3	
Agentes anticitomegalovirus (CMV)		
<i>cidofovir</i>	5	NEDS SP
LIVTENCITY	5	PA; NEDS SP
PREVYMIS TABS	5	PA; NEDS SP
PREVYMIS PACK 20MG	4	PA
PREVYMIS PACK 120MG	5	PA; NEDS SP
<i>valganciclovir</i>	3	
<i>valganciclovir hydrochloride</i>	5	NEDS SP
Agentes antigripales		
<i>amantadine hcl caps, soln, tabs</i>	3	
<i>oseltamivir phosphate caps, susr</i>	3	
RELENZA DISKHALER	3	
<i>rimantadine hydrochloride</i>	4	
XOFLUZA TBP 40MG, 80MG	3	QL(1 EA por 7 días)
Agentes antihepatitis C (VHC)		
MAVYRET	5	PA; NEDS SP
<i>ribavirin caps</i>	3	

ID de formulario: 25502, Versión: 18, Fecha efectiva: 12/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de diciembre de 2025

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>ribavirin tabs 200mg</i>	3	
<i>sofosbuvir/velpatasvir</i>	5	PA; NEDS SP
VOSEVI	5	PA; NEDS SP
Agentes antiherpéticos		
<i>acyclovir sodium inj 50mg/ml</i>	4	PA
<i>acyclovir caps, tabs</i>	2	
<i>acyclovir susp</i>	4	
<i>famciclovir tabs</i>	3	
<i>valacyclovir hydrochloride</i>	2	
Agentes contra el VIH, inhibidores de la integrasa (II)		
BIKTARVY	5	NEDS SP
DOVATO	5	NEDS SP
GENVOYA	5	NEDS SP
ISENTRESS HD	5	QL(60 EA por 30 días); NEDS SP
ISENTRESS PACK	4	
ISENTRESS TABS	5	QL(120 EA por 30 días); NEDS SP
ISENTRESS CHEW 25MG	3	QL(720 EA por 30 días)
ISENTRESS CHEW 100MG	5	QL(180 EA por 30 días); NEDS SP
JULUCA	5	NEDS SP
STRIBILD	5	NEDS SP
TIVICAY PD	4	
TIVICAY TABS 10MG	3	
TIVICAY TABS 25MG, 50MG	5	NEDS SP
Agentes contra el VIH, inhibidores de la transcriptasa inversa no nucleósidos (ITINN)		
COMPLERA	5	NEDS SP
DELSTRIGO	5	NEDS SP
EDURANT	5	NEDS SP
EDURANT PED	5	NEDS SP
<i>efavirenz</i>	4	
<i>efavirenz/emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate</i>	3	NEDS SP
<i>efavirenz/lamivudine/tenofovir disoproxil fumarate</i>	5	NEDS SP
<i>emtricitabine/rilpivirine/tenofovir disoproxil fumarate</i>	5	NEDS SP
<i>etravirine</i>	5	NEDS SP
INTELENCE TABS 25MG	3	
<i>nevirapine er tb24 100mg</i>	2	
<i>nevirapine er tb24 400mg</i>	4	
<i>nevirapine tabs</i>	2	
<i>nevirapine susp</i>	4	
PIFELTRO	5	NEDS SP

ID de formulario: 25502, Versión: 18, Fecha efectiva: 12/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de diciembre de 2025

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
Agentes contra el VIH, inhibidores de la transcriptasa inversa nucleósidos y nucleótidos (ITIN)		
<i>abacavir sulfate/lamivudine</i>	4	
<i>abacavir tabs</i>	3	
<i>abacavir soln</i>	4	
CIMDUO	5	NEDS SP
DESCOVY	5	NEDS SP
<i>emtricitabine</i>	4	
<i>emtricitabine/tenofovir disoproxil</i>	5	NEDS SP
<i>emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate tabs 200mg; 300mg</i>	4	
<i>emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate tabs 100mg; 150mg, 133mg; 200mg</i>	5	NEDS SP
EMTRIVA SOLN	4	
<i>lamivudine/zidovudine</i>	4	
<i>lamivudine soln 10mg/ml</i>	4	
<i>lamivudine tabs 150mg, 300mg</i>	3	
ODEFSEY	5	NEDS SP
<i>tenofovir disoproxil fumarate</i>	4	
TRIUMEQ	5	NEDS SP
TRIUMEQ PD	4	
TRIZIVIR	5	NEDS SP
VIREAD POWD	5	NEDS SP
VIREAD TABS 150MG, 200MG, 250MG	5	NEDS SP
<i>zidovudine</i>	3	
Agentes contra el virus de la hepatitis B (VHB)		
<i>adefovir dipivoxil</i>	4	
<i>entecavir</i>	4	
<i>lamivudine tabs 100mg</i>	3	
VEMLIDY	5	NEDS SP
Antivirales, agentes de coronavirus		
PAXLOVID TBP 150MG; 100MG	3	QL(11 EA por 5 días)
PAXLOVID TBP 150MG; 100MG	3	QL(20 EA por 5 días)
PAXLOVID TBP 300MG; 100MG	3	QL(30 EA por 5 días)
Electrolitos/minerales/metales/vitaminas		
Aglutinantes de potasio		
LOKELMA	4	QL(90 EA por 30 días)
<i>sodium polystyrene sulfonate powd</i>	3	
<i>sps</i>	4	
Modificadores de electrolitos/minerales/metales		
CHEMET	5	NEDS SP
<i>deferasirox pack</i>	5	NEDS SP
<i>deferasirox tabs 90mg</i>	3	
<i>deferasirox tabs 180mg, 360mg</i>	4	

ID de formulario: 25502, Versión: 18, Fecha efectiva: 12/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de diciembre de 2025

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>deferasirox tbso 125mg</i>	4	
<i>deferasirox tbso 250mg, 500mg</i>	5	NEDS SP
<i>penicillamine tabs</i>	5	NEDS SP
<i>trientine hydrochloride</i>	5	NEDS SP
Quelantes de fosfato		
<i>calcium acetate caps</i>	4	
<i>calcium acetate tabs 667mg</i>	3	
<i>sevelamer carbonate</i>	4	
VELPHORO	5	NEDS SP
Reemplazo de electrolitos/minerales		
AMINOSYN II INJ 107.6MEQ/L; 1490MG/100ML; 1527MG/100ML; 1050MG/100ML; 1107MG/100ML; 750MG/100ML; 450MG/100ML; 990MG/100ML; 1500MG/100ML; 1575MG/100ML; 258MG/100ML; 405MG/100ML; 447MG/100ML; 1083MG/100ML; 795MG/100ML; 50MEQ/L; 600MG/100ML; 300MG/100ML; 750MG/100ML	3	PA BvD
AMINOSYN-PF 7% INJ 32.5MEQ/L; 490MG/100ML; 861MG/100ML; 370MG/100ML; 576MG/100ML; 270MG/100ML; 220MG/100ML; 534MG/100ML; 831MG/100ML; 475MG/100ML; 125MG/100ML; 300MG/100ML; 570MG/100ML; 347MG/100ML; 50MG/100ML; 360MG/100ML; 125MG/100ML; 44MG/100ML; 452MG/100ML	3	PA BvD
<i>carglumic acid</i>	5	PA; NEDS SP
CLINIMIX 6/5	3	PA BvD
CLINIMIX 8/10	3	PA BvD
CLINIMIX E 8/10	3	PA BvD
<i>dextrose 10%</i>	2	
<i>dextrose 10%/sodium chloride 0.2%</i>	2	
<i>dextrose 10%/sodium chloride 0.45%</i>	2	
<i>dextrose 2.5%/sodium chloride 0.45%</i>	2	
<i>dextrose 5%</i>	2	
<i>dextrose 5%/sodium chloride 0.2%</i>	2	
<i>dextrose 5%/sodium chloride 0.3%</i>	2	
<i>dextrose 5%/sodium chloride 0.33%</i>	2	
<i>dextrose 5%/sodium chloride 0.45%</i>	2	
<i>dextrose 5%/sodium chloride 0.9%</i>	2	
<i>dextrose 50%</i>	2	
<i>dextrose 70%</i>	2	
<i>dextrose/sodium chloride</i>	2	
<i>effer-k tbef 25meq</i>	1	
<i>glucose (dextrose) 50%</i>	2	
<i>glucose (dextrose) 70%</i>	2	

ID de formulario: 25502, Versión: 18, Fecha efectiva: 12/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de diciembre de 2025

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>k-prime</i>	1	
<i>kcl 0.075%/d5w/nacl 0.45% inj 5%; 10meq/l; 0.45%</i>	4	
<i>kcl 0.15%/d5w/nacl 0.2%</i>	4	
<i>kcl 0.15%/d5w/nacl 0.45% inj 5%; 20meq/l; 0.45%</i>	4	
<i>kcl 0.15%/d5w/nacl 0.9% inj 5%; 20meq/l; 0.9%</i>	4	
<i>kcl 0.3%/d5w/nacl 0.45% inj 5%; 40meq/l; 0.45%</i>	4	
<i>kcl 0.3%/d5w/nacl 0.9% inj 5%; 40meq/l; 0.9%</i>	4	
<i>klor-con</i>	3	
<i>klor-con 10</i>	2	
<i>klor-con 8</i>	2	
<i>klor-con m10</i>	2	
<i>klor-con m15</i>	2	
<i>klor-con m20</i>	2	
<i>klor-con/ef</i>	2	
<i>lactated ringers inj 3meq/l; 109meq/l; 28meq/l; 4meq/l; 130meq/l</i>	2	
<i>magnesium sulfate inj 50%</i>	4	
PLENAMINE	3	PA BvD
<i>potassium chloride er tbc</i>	2	
<i>potassium chloride er cpr</i>	3	
<i>potassium chloride/dextrose/sodium chloride inj 5%; 20meq/l; 0.225%</i>	2	
<i>potassium chloride/dextrose/sodium chloride inj 5%; 10meq/l; 0.45%, 5%; 20meq/l; 0.45%, 5%; 20meq/l; 0.9%, 5%; 30meq/l; 0.45%, 5%; 40meq/l; 0.45%, 5%; 40meq/l; 0.9%</i>	4	
<i>potassium chloride pack, oral soln</i>	3	
<i>potassium chloride inj 10meq/50ml, 20meq/50ml</i>	2	
<i>potassium chloride inj 2meq/ml</i>	4	
<i>potassium citrate er</i>	4	
PREMASOL INJ 52MEQ/L; 1760MG/100ML; 880MG/100ML; 34MEQ/L; 1760MG/100ML; 372MG/100ML; 406MG/100ML; 526MG/100ML; 492MG/100ML; 492MG/100ML; 526MG/100ML; 356MG/100ML; 356MG/100ML; 390MG/100ML; 34MG/100ML; 152MG/100ML	3	PA BvD
PROSOL	3	PA BvD
<i>sodium chloride 0.45% inj</i>	2	
<i>sodium chloride inj 0.9%, 3%, 5%</i>	2	
<i>sodium chloride inj 0.9%, 2.5meq/ml, 4meq/ml</i>	4	

ID de formulario: 25502, Versión: 18, Fecha efectiva: 12/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de diciembre de 2025

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
TRAVASOL INJ 52MEQ/L; 1760MG/100ML; 880MG/100ML; 34MEQ/L; 1760MG/100ML; 372MG/100ML; 406MG/100ML; 526MG/100ML; 492MG/100ML; 492MG/100ML; 526MG/100ML; 356MG/100ML; 500MG/100ML; 356MG/100ML; 390MG/100ML; 34MG/100ML; 152MG/100ML	3	PA BvD
TROPHAMINE INJ 0.54GM/100ML; 1.2GM/100ML; 0.32GM/100ML; 0; 0; 0.5GM/100ML; 0.36GM/100ML; 0.48GM/100ML; 0.82GM/100ML; 1.4GM/100ML; 1.2GM/100ML; 0.34GM/100ML; 0.48GM/100ML; 0.68GM/100ML; 0.38GM/100ML; 5MEQ/L; 0.025GM/100ML; 0.42GM/100ML; 0.2GM/100ML; 0.24GM/100ML; 0.78GM/100ML	3	PA BvD
Vitaminas		
<i>cyanocobalamin inj 1000mcg/ml</i>	2	EC
<i>folic acid tabs 1mg</i>	1	EC
<i>prenatal tabs 120mg; 0; 200mg; 10mcg; 2mg; 12mcg; 27mg; 1mg; 20mg; 10mg; 1200mcg; 3mg; 1.84mg; 10mg; 25mg</i>	2	
<i>vitamin d caps 1.25mg</i>	1	EC
Productos y modificadores sanguíneos		
Agentes homeostáticos		
<i>aminocaproic acid inj, oral soln</i>	2	
<i>aminocaproic acid tabs 500mg</i>	2	
<i>tranexamic acid tabs</i>	3	
Agentes modificadores de plaquetas		
<i>aspirin/dipyridamole er</i>	4	
BRILINTA	3	
CABLIVI	5	NEDS SP
<i>cilostazol</i>	2	
<i>clopidogrel</i>	1	
DOPTelet	5	PA; NEDS SP
<i>prasugrel hydrochloride</i>	3	
Anticoagulantes		
<i>dabigatran etexilate</i>	4	
ELIQUIS	3	
ELIQUIS STARTER PACK	3	
<i>enoxaparin sodium inj 300mg/3ml</i>	3	
<i>enoxaparin sodium inj 100mg/ml, 120mg/0.8ml, 150mg/ml, 30mg/0.3ml, 40mg/0.4ml, 60mg/0.6ml, 80mg/0.8ml</i>	4	
<i>fondaparinux sodium inj 2.5mg/0.5ml</i>	4	
<i>fondaparinux sodium inj 10mg/0.8ml, 5mg/0.4ml, 7.5mg/0.6ml</i>	5	NEDS SP
FRAGMIN INJ 10000UNIT/4ML, 2500UNIT/0.2ML, 5000UNIT/0.2ML	4	

ID de formulario: 25502, Versión: 18, Fecha efectiva: 12/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de diciembre de 2025

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
FRAGMIN INJ 10000UNIT/ML, 12500UNIT/0.5ML, 15000UNIT/0.6ML, 18000UNIT/0.72ML, 7500UNIT/0.3ML, 95000UNIT/3.8ML	5	NEDS SP
<i>heparin sodium/d5w inj 5%; 40unit/ml</i>	2	
<i>heparin sodium inj 10000unit/ml, 1000unit/ml, 20000unit/ml, 5000unit/0.5ml, 5000unit/ml</i>	3	
<i>jantoven</i>	1	
<i>rivaroxaban susr</i>	3	
<i>warfarin sodium tabs</i>	1	
XARELTO STARTER PACK	3	
XARELTO TABS	3	
Productos y modificadores sanguíneos, otros		
<i>anagrelide hydrochloride</i>	3	
<i>eltrombopag olamine</i>	5	PA; NEDS SP
MOZOBIL	5	NEDS SP
NEULASTA	5	NEDS SP
NEULASTA ONPRO KIT	5	NEDS SP
<i>plerixafor</i>	5	NEDS SP
PROCRT INJ 10000UNIT/ML, 2000UNIT/ML, 3000UNIT/ML, 4000UNIT/ML	4	
PROCRT INJ 20000UNIT/ML, 40000UNIT/ML	5	NEDS SP
PROMACTA	5	PA; NEDS SP
RETACRIT INJ 10000UNIT/ML, 20000UNIT/2ML, 20000UNIT/ML, 2000UNIT/ML, 3000UNIT/ML, 4000UNIT/ML	4	
RETACRIT INJ 40000UNIT/ML	5	NEDS SP
UDENYCA	5	NEDS SP
UDENYCA ONBODY	5	NEDS SP
ZARXIO	5	NEDS SP
Reguladores de la glucemia		
Agentes antidiabéticos		
<i>acarbose tabs</i>	1	
<i>glimepiride tabs 1mg, 2mg, 4mg</i>	1	
<i>glipizide er</i>	1	
<i>glipizide/metformin hydrochloride</i>	1	
<i>glipizide tabs 10mg, 5mg</i>	1	
<i>glyburide micronized</i>	1	
<i>glyburide/metformin hydrochloride</i>	1	
<i>glyburide tabs 1.25mg, 2.5mg, 5mg</i>	1	
GLYXAMBI	3	
JANUMET	3	
JANUMET XR	3	
JANUVIA	3	
JENTADUETO	3	

ID de formulario: 25502, Versión: 18, Fecha efectiva: 12/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de diciembre de 2025

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
JENTADUETO XR	3	
<i>metformin hydrochloride er tb24 500mg, 750mg</i>	1	
<i>metformin hydrochloride soln</i>	1	
<i>metformin hydrochloride tabs 1000mg, 500mg, 850mg</i>	1	
<i>miglitol</i>	1	
MOUNJARO	3	PA
<i>nateglinide</i>	1	
OZEMPIC	3	PA
<i>pioglitazone hcl-glimepiride</i>	1	
<i>pioglitazone hcl/metformin hcl</i>	1	
<i>pioglitazone hcl tabs 45mg</i>	1	
<i>pioglitazone hydrochloride tabs 15mg, 30mg</i>	1	
<i>repaglinide</i>	1	
RYBELSUS	3	PA
<i>saxagliptin hydrochloride</i>	1	
<i>saxagliptin hydrochloride/metformin hydrochloride er</i>	1	
SYMLINPEN 120	5	NEDS SP
SYMLINPEN 60	5	NEDS SP
SYNJARDY	3	
SYNJARDY XR	3	
TRADJENTA	3	
TRULICITY	3	PA
XIGDUO XR	3	
<i>Agentes antidiabéticos</i>		
BAQSIMI ONE PACK	3	
BAQSIMI TWO PACK	3	
<i>diazoxide susp</i>	4	
GLUCAGEN HYPOKIT	3	
GLUCAGON EMERGENCY KIT	3	
GLUCAGON EMERGENCY KIT FOR LOW BLOOD SUGAR	3	
GVOKE HYPOPEN 1-PACK	3	
GVOKE HYPOPEN 2-PACK	3	
GVOKE KIT	3	
GVOKE PFS	3	
<i>Insulinas</i>		
HUMALOG	3	
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN	3	
HUMALOG KWIKPEN	3	
HUMALOG MIX 50/50	3	
HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN	3	
HUMALOG MIX 75/25	3	
HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN	3	
HUMULIN 70/30	3	

ID de formulario: 25502, Versión: 18, Fecha efectiva: 12/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de diciembre de 2025

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
HUMULIN 70/30 KWIKPEN	3	
HUMULIN N	3	
HUMULIN N KWIKPEN	3	
HUMULIN R	3	
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED)	3	
HUMULIN R U-500 KWIKPEN	3	
INSULIN LISPRO	3	
INSULIN LISPRO JUNIOR KWIKPEN	3	
INSULIN LISPRO KWIKPEN	3	
INSULIN LISPRO PROTAMINE/INSULIN LISPRO KWIKPEN	3	
LANTUS	3	
LANTUS SOLOSTAR	3	
LEVEMIR FLEXTOUCH	3	
NOVOLIN 70/30	3	
NOVOLIN 70/30 FLEXPEN	3	
NOVOLIN N	3	
NOVOLIN N FLEXPEN	3	
NOVOLIN R	3	
NOVOLIN R FLEXPEN	3	
NOVOLOG	3	
NOVOLOG FLEXPEN	3	
NOVOLOG MIX 70/30	3	
NOVOLOG MIX 70/30 PREFILLED FLEXPEN	3	
NOVOLOG PENFILL	3	
TOUJEO MAX SOLOSTAR	3	
TOUJEO SOLOSTAR	3	
TRESIBA	3	
TRESIBA FLEXTOUCH	3	
Relajantes musculares esqueléticos		
<i>Relajantes musculares esqueléticos</i>		
<i>cyclobenzaprine hydrochloride</i>	3	
Trastorno genético, enzimático o proteico: Reemplazo, modificadores, tratamiento		
<i>Trastorno genético, enzimático o proteico: Reemplazo, modificadores, tratamiento</i>		
<i>betaine anhydrous</i>	5	NEDS SP
CHOLBAM	5	PA; NEDS SP
CREON	3	
<i>cromolyn sodium conc 100mg/5ml</i>	4	
CYSTAGON	4	
<i>dichlorphenamide</i>	5	PA; NEDS SP
ENDARI	5	NEDS SP
<i>l-glutamine</i>	5	NEDS SP

ID de formulario: 25502, Versión: 18, Fecha efectiva: 12/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de diciembre de 2025

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>miglustat</i>	5	PA; NEDS SP
<i>nitisinone</i>	5	PA; NEDS SP
PROLASTIN-C	5	PA; NEDS SP
PYRUKYND	5	PA; NEDS SP
PYRUKYND TAPER PACK	5	PA; NEDS SP
REVCovi	5	NEDS SP
<i>sapropterin dihydrochloride</i>	5	PA; NEDS SP
<i>sodium phenylbutyrate</i>	5	NEDS SP
SUCRAID	5	NEDS SP
WELIREG	5	PA NSO; NEDS SP
<i>yargesa</i>	5	PA; NEDS SP
<i>zelvysia</i>	5	PA; NEDS SP
ZENPEP	3	

ID de formulario: 25502, Versión: 18, Fecha efectiva: 12/01/2025
Este formulario se actualizó el 01 de diciembre de 2025

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

Índice de Drogas

Nombre del medicamento	Página
<i>abacavir</i>	55
<i>abacavir sulfate/lamivudine</i>	55
ABELCET	44
<i>abigale</i>	18
<i>abigale lo</i>	18
ABILIFY ASIMTUFII	51
ABILIFY MAINTENA	51
ABILIFY MYCITE MAINTENANCE KIT	51
ABILIFY MYCITE STARTER KIT	51
<i>abiraterone acetate</i>	45
ABIRTEGA	45
ABRYSVO	25
<i>acamprosate calcium dr</i>	29
<i>acarbose</i>	59
<i>accutane</i>	13
<i>acebutolol hydrochloride</i>	4
<i>acetaminophen/codeine</i>	34
<i>acetaminophen/codeine phosphate</i>	34
<i>acetazolamide</i>	27
<i>acetazolamide er</i>	27
<i>acetic acid</i>	33
<i>acetic acid 0.25%</i>	17
<i>acetylcysteine</i>	29
<i>acitretin</i>	13
ACTHIB	25
ACTIMMUNE	23
<i>acyclovir</i>	54
<i>acyclovir sodium</i>	54
ADACEL	25
<i>adapalene</i>	13
<i>adefovir dipivoxil</i>	55
ADEMPAS	31
ADTHYZA	21
AIMOVIG	3
AKEEGA	46
<i>albendazole</i>	50
<i>albuterol sulfate</i>	32
<i>albuterol sulfate hfa</i>	32
<i>alcohol prep pads</i>	32
ALECENSA	47
<i>alendronate sodium</i>	9
<i>alfuzosin hcl er</i>	16

Nombre del medicamento	Página
<i>aliskiren</i>	5
<i>allopurinol</i>	9
ALOCRIIL	26
<i>alosetron hydrochloride</i>	15
ALPHAGAN P	27
<i>alprazolam</i>	36
<i>alprazolam er</i>	36
ALUNBRIG	47
<i>alyq</i>	31
<i>amabelz</i>	18
<i>amantadine hcl</i>	53
<i>ambrisentan</i>	31
<i>amcinonide</i>	14
<i>amethia</i>	18
<i>amikacin sulfate</i>	36
<i>amiloride hcl</i>	8
<i>amiloride/hydrochlorothiazide</i>	5
<i>aminocaproic acid</i>	58
AMINOSYN II	56
AMINOSYN-PF 7%	56
<i>amiodarone hydrochloride</i>	7
<i>amitriptyline hcl</i>	42
<i>amitriptyline hydrochloride</i>	42
<i>amlodipine besylate</i>	5
<i>amlodipine besylate/atorvastatin calcium</i>	5
<i>amlodipine besylate/benazepril hydrochloride</i>	6
<i>amlodipine besylate/valsartan</i>	6
<i>amlodipine/olmesartan medoxomil</i>	6
<i>amlodipine/valsartan/hydrochlorothiazide</i>	6
<i>ammonium lactate</i>	14
<i>amnestem</i>	13
<i>amoxapine</i>	42
<i>amoxicillin</i>	38
<i>amoxicillin/clavulanate potassium</i>	38
<i>amoxicillin/clavulanate potassium er</i>	38
<i>amphetamine/dextroamphetamine</i>	11
<i>amphotericin b</i>	44
<i>amphotericin b liposome</i>	44
<i>ampicillin</i>	38
<i>ampicillin sodium</i>	38
<i>ampicillin/sulbactam</i>	38
<i>ampicillin-sulbactam</i>	38
<i>anagrelide hydrochloride</i>	59
<i>anastrozole</i>	47

ID de formulario: 25502, Versión: 18, Fecha efectiva: 12/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de diciembre de 2025

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

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
ANORO ELLIPTA	29	<i>azelastine hcl</i>	26
<i>apraclonidine</i>	27	<i>azelastine hcl</i>	31
<i>aprepitant</i>	43	<i>azelastine hydrochloride</i>	31
<i>apri</i>	18	<i>azithromycin</i>	39
APTIOM	41	<i>aztreonam</i>	37
APTIVUS	52	<i>azurette</i>	18
ARCALYST	22	<i>bacitracin</i>	28
AREXVY	25	<i>bacitracin/polymyxin b</i>	27
<i>arformoterol tartrate</i>	32	<i>baclofen</i>	3
ARIKAYCE	36	<i>balsalazide disodium</i>	9
<i>aripiprazole</i>	51	BALVERSA	47
<i>aripiprazole odt</i>	51	<i>balziva</i>	18
ARISTADA	51	BAQSIMI ONE PACK	60
ARISTADA INITIO	51	BAQSIMI TWO PACK	60
<i>armodafinil</i>	12	BCG VACCINE	25
ARMOUR THYROID	21	<i>bd insulin syringe safetyglide/1ml/29g x</i>	33
<i>asenapine maleate sl</i>	51	<i>1/2"</i>	
<i>ashlyna</i>	18	<i>b-d insulin syringe ultrafine ii/0.3ml/31g x</i>	33
<i>aspirin/dipyridamole er</i>	58	<i>5/16"</i>	
<i>atazanavir</i>	52	<i>bd insulin syringe ultra-fine/0.5ml/30g x</i>	33
<i>atazanavir sulfate</i>	52	<i>12.7mm</i>	
<i>atenolol</i>	4	<i>bd insulin syringe ultra-fine/1ml/31g x 8mm</i>	33
<i>atenolol/chlorthalidone</i>	6	<i>bd insulin syringe/u-100/1ml/27g x 1/2"</i>	33
<i>atomoxetine</i>	11	<i>bd insulin syringe/u-500/0.5ml/31g x 6mm</i>	33
<i>atomoxetine hydrochloride</i>	11	<i>bd pen needle/original/ultra-fine/29g x</i>	33
<i>atorvastatin calcium</i>	7	<i>12.7mm</i>	
<i>atovaquone</i>	50	BELSOMRA	12
<i>atovaquone/proguanil hcl</i>	50	<i>benazepril hydrochloride</i>	8
<i>atovaquone/proguanil hydrochloride</i>	50	<i>benazepril</i>	6
<i>atropine sulfate</i>	27	<i>hydrochloride/hydrochlorothiazide</i>	
<i>atrovent hfa</i>	32	BENLYSTA	22
AUGTYRO	47	<i>benzonatate</i>	29
AUSTEDO	11	<i>benztropine mesylate</i>	4
AUSTEDO XR	11	<i>bepotastine besilate</i>	26
AUSTEDO XR PATIENT TITRATION	11	BERINERT	23
KIT		BESIVANCE	28
AUVELITY	42	BESREMI	23
<i>aviane</i>	18	<i>betaine anhydrous</i>	61
<i>avita</i>	13	<i>betamethasone dipropionate</i>	14
AVMAPKI FAKZYNJA CO-PACK	47	<i>betamethasone dipropionate augmented</i>	14
AVONEX	10	<i>betamethasone valerate</i>	14
AVONEX PEN	10	BETASERON	10
AYVAKIT	47	<i>betaxolol hcl</i>	26
<i>azathioprine</i>	24	<i>bethanechol chloride</i>	17
<i>azelaic acid</i>	13	BETIMOL	26

ID de formulario: 25502, Versión: 18, Fecha efectiva: 12/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de diciembre de 2025

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

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
BEVESPI AEROSPHERE	30	<i>buspirone hcl</i>	36
<i>bexarotene</i>	50	<i>buspirone hydrochloride</i>	36
BEXSERO	25	<i>butorphanol tartrate</i>	34
<i>bicalutamide</i>	45	<i>cabergoline</i>	22
BICILLIN L-A	38	CABLIVI	58
BIKTARVY	54	CABOMETYX	47
<i>bimatoprost</i>	28	<i>calcipotriene</i>	13
<i>bisoprolol fumarate</i>	4	<i>calcitonin salmon</i>	10
<i>bisoprolol fumarate/hydrochlorothiazide</i>	6	<i>calcitonin-salmon</i>	10
BIVIGAM	23	<i>calcitriol</i>	10
BONSITY	10	<i>calcitriol</i>	13
BOOSTRIX	25	<i>calcium acetate</i>	56
<i>bortezomib</i>	46	CALQUENCE	47
<i>boruzu</i>	46	<i>camila</i>	20
<i>bosentan</i>	31	<i>candesartan cilexetil</i>	6
BOSULIF	47	<i>candesartan cilexetil/hydrochlorothiazide</i>	6
BRAFTOVI	47	CAPLYTA	51
BREO ELLIPTA	30	CAPRELSA	47
BREYNA	30	<i>captopril</i>	8
BREZTRI AEROSPHERE	30	<i>carbamazepine</i>	41
<i>briellyn</i>	18	<i>carbamazepine er</i>	41
BRILINTA	58	<i>carbidopa</i>	4
<i>brimonidine tartrate</i>	27	<i>carbidopa/levodopa</i>	4
<i>brimonidine tartrate/timolol maleate</i>	27	<i>carbidopa/levodopa er</i>	4
<i>brinzolamide</i>	27	<i>carbidopa/levodopa odt</i>	4
BRIVIACT	41	<i>carbidopa/levodopa/entacapone</i>	4
<i>bromfenac</i>	28	<i>carglumic acid</i>	56
<i>bromfenac sodium</i>	28	<i>carteolol hcl</i>	26
<i>bromocriptine mesylate</i>	4	<i>cartia xt</i>	5
BROMSITE	28	<i>carvedilol</i>	4
BRONCHITOL	30	CAYSTON	30
BRUKINSA	47	<i>cefaclor</i>	37
<i>budesonide</i>	9	<i>cefadroxil</i>	37
<i>budesonide</i>	31	<i>cefazolin</i>	38
<i>budesonide er</i>	9	<i>cefazolin sodium</i>	37
<i>bumetanide</i>	8	<i>cefazolin sodium/dextrose</i>	37
<i>buprenorphine</i>	34	<i>cefazolin/dextrose</i>	38
<i>buprenorphine hcl</i>	29	<i>cefdinir</i>	38
<i>buprenorphine hcl/naloxone hcl</i>	29	<i>cefepime</i>	38
<i>buprenorphine hydrochloride/naloxone</i>	29	<i>cefepime hydrochloride</i>	38
<i>hydrochloride</i>		<i>cefepime/dextrose</i>	38
<i>bupropion hydrochloride</i>	42	<i>cefixime</i>	38
<i>bupropion hydrochloride er (sr)</i>	29	<i>cefotetan</i>	38
<i>bupropion hydrochloride er (sr)</i>	42	<i>cefoxitin sodium</i>	38
<i>bupropion hydrochloride er (xl)</i>	42	<i>cefpodoxime proxetil</i>	38

ID de formulario: 25502, Versión: 18, Fecha efectiva: 12/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de diciembre de 2025

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

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>cefprozil</i>	38	<i>clindamycin phosphate/benzoyl peroxide</i>	13
<i>ceftazidime</i>	38	<i>clindamycin/benzoyl peroxide</i>	13
<i>ceftriaxone in iso-osmotic dextrose</i>	38	CLINIMIX 6/5	56
<i>ceftriaxone sodium</i>	38	CLINIMIX 8/10	56
<i>ceftriaxone/dextrose</i>	38	CLINIMIX E 8/10	56
<i>cefuroxime axetil</i>	38	<i>clobazam</i>	40
<i>cefuroxime sodium</i>	38	<i>clobetasol propionate</i>	14
<i>celecoxib</i>	35	<i>clobetasol propionate e</i>	14
<i>cephalexin</i>	38	<i>clodan</i>	14
<i>cevimeline hydrochloride</i>	12	<i>clomipramine hydrochloride</i>	42
CHEMET	55	<i>clonazepam</i>	40
<i>chlorhexidine gluconate</i>	12	<i>clonazepam odt</i>	40
<i>chloroquine phosphate</i>	50	<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>	36
<i>cholestyramine</i>	8	<i>clotrimazole</i>	44
<i>cholestyramine light</i>	8	<i>clotrimazole/betamethasone dipropionate</i>	13
<i>ciclopirox</i>	15	<i>clozapine</i>	51
<i>ciclopirox nail lacquer</i>	15	<i>clozapine odt</i>	51
<i>ciclopirox olamine</i>	15	COARTEM	50
<i>cidofovir</i>	53	COBENFY	12
<i>cilostazol</i>	58	COBENFY STARTER PACK	12
CIMDUO	55	<i>codeine sulfate</i>	34
<i>cimetidine</i>	16	<i>colchicine</i>	9
<i>cinacalcet hydrochloride</i>	10	<i>colestipol hydrochloride</i>	8
<i>ciprofloxacin</i>	33	<i>colistimethate sodium</i>	37
<i>ciprofloxacin</i>	39	COMBIVENT RESPIMAT	30
<i>ciprofloxacin hcl</i>	39	COMETRIQ	47
<i>ciprofloxacin hydrochloride</i>	28	COMPLERA	54
<i>ciprofloxacin hydrochloride</i>	39	<i>conjugated estrogens</i>	18
<i>ciprofloxacin i.v.-in d5w</i>	39	<i>constulose</i>	15
<i>ciprofloxacin/dexamethasone</i>	33	COPIKTRA	47
<i>citalopram hydrobromide</i>	43	CORLANOR	6
<i>claravis</i>	13	CORTIFOAM	9
<i>clarithromycin</i>	39	CORTISPORIN-TC	33
<i>clarithromycin er</i>	39	COSENTYX	22
CLENPIQ	15	COSENTYX SENSOREADY PEN	22
<i>clindacin-p</i>	37	COSENTYX UNOREADY	22
<i>clindamycin hcl</i>	37	COTELLIC	47
<i>clindamycin hydrochloride</i>	37	CREON	61
<i>clindamycin palmitate hydrochloride</i>	37	<i>cromolyn sodium</i>	26
<i>clindamycin phosphate</i>	15	<i>cromolyn sodium</i>	32
<i>clindamycin phosphate</i>	37	<i>cromolyn sodium</i>	61

ID de formulario: 25502, Versión: 18, Fecha efectiva: 12/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de diciembre de 2025

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

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>curity gauze pads 2"x2" 12 ply</i>	33	<i>dexamethasone sodium phosphate</i>	20
CUVITRU	23	<i>dexamethasone sodium phosphate</i>	28
<i>cyanocobalamin</i>	58	<i>dexamethasone sodium phosphate +rfd</i>	20
<i>cyclobenzaprine hydrochloride</i>	61	DEXLANSOPRAZOLE	16
<i>cyclopentolate hcl</i>	27	<i>dexmethylphenidate hcl</i>	11
<i>cyclopentolate hydrochloride</i>	27	<i>dexmethylphenidate hcl er</i>	11
<i>cyclophosphamide</i>	45	<i>dexmethylphenidate hydrochloride</i>	11
<i>cyclosporine</i>	24	<i>dexmethylphenidate hydrochloride er</i>	11
<i>cyclosporine</i>	27	<i>dextroamphetamine sulfate</i>	11
<i>cyclosporine modified</i>	24	<i>dextroamphetamine sulfate er</i>	11
<i>cypheptadine hcl</i>	31	<i>dextrose 10%</i>	56
<i>cypheptadine hydrochloride</i>	31	<i>dextrose 10%/sodium chloride 0.2%</i>	56
CYSTAGON	61	<i>dextrose 10%/sodium chloride 0.45%</i>	56
CYSTARAN	27	<i>dextrose 2.5%/sodium chloride 0.45%</i>	56
<i>dabigatran etexilate</i>	58	<i>dextrose 5%</i>	56
<i>dalfampridine er</i>	10	<i>dextrose 5%/sodium chloride 0.2%</i>	56
<i>danazol</i>	18	<i>dextrose 5%/sodium chloride 0.3%</i>	56
<i>dantrolene sodium</i>	3	<i>dextrose 5%/sodium chloride 0.33%</i>	56
DANZITEN	47	<i>dextrose 5%/sodium chloride 0.45%</i>	56
<i>dapsone</i>	44	<i>dextrose 5%/sodium chloride 0.9%</i>	56
DAPTACEL	25	<i>dextrose 50%</i>	56
<i>daptomycin</i>	37	<i>dextrose 70%</i>	56
<i>daptomycin/sodium chloride</i>	37	<i>dextrose/sodium chloride</i>	56
<i>darifenacin hydrobromide er</i>	17	DIACOMIT	40
<i>darunavir</i>	52	<i>diazepam</i>	36
DARZALEX	45	<i>diazepam intensol</i>	36
<i>dasatinib</i>	47	<i>diazepam rectal gel</i>	40
DAURISMO	47	<i>diazoxide</i>	60
<i>deblitane</i>	20	<i>dichlorphenamide</i>	61
<i>deferasirox</i>	55	<i>diclofenac epolamine</i>	35
DELSTRIGO	54	<i>diclofenac potassium</i>	35
DENGVAIXA	25	<i>diclofenac sodium</i>	13
DEPO-MEDROL	20	<i>diclofenac sodium</i>	28
DEPO-SUBQ PROVERA 104	20	<i>diclofenac sodium</i>	35
DESCOVY	55	<i>diclofenac sodium dr</i>	35
<i>desipramine hydrochloride</i>	42	<i>diclofenac sodium er</i>	35
<i>desloratadine</i>	31	<i>dicloxacillin sodium</i>	38
<i>desmopressin acetate</i>	17	<i>dicyclomine hcl</i>	16
<i>desogestrel/ethinyl estradiol</i>	18	<i>dicyclomine hydrochloride</i>	16
<i>desonide</i>	14	DIFICID	39
<i>desoximetasone</i>	14	<i>diflunisal</i>	35
DESRX	14	<i>difluprednate</i>	28
<i>desvenlafaxine er</i>	43	<i>digitek</i>	7
<i>dexamethasone</i>	20	<i>digoxin</i>	7
<i>dexamethasone intensol</i>	20	<i>dihydroergotamine mesylate</i>	3

ID de formulario: 25502, Versión: 18, Fecha efectiva: 12/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de diciembre de 2025

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

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>diltiazem hcl</i>	5	<i>efavirenz</i>	54
<i>diltiazem hcl cd</i>	5	<i>efavirenz/emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate</i>	54
<i>diltiazem hcl er</i>	5	<i>efavirenz/lamivudine/tenofovir disoproxil fumarate</i>	54
<i>diltiazem hydrochloride</i>	5	<i>effek-k</i>	56
<i>diltiazem hydrochloride er</i>	5	ELIGARD	22
<i>dilt-xr</i>	5	ELIQUIS	58
<i>dimethyl fumarate</i>	10	ELIQUIS STARTER PACK	58
<i>diphenhydramine hydrochloride</i>	31	<i>elixophyllin</i>	32
DIPHThERIA/TETANUS TOXOIDS	25	ELMIRON	17
ADSORBED PEDIATRIC		<i>eltrombopag olamine</i>	59
<i>disulfiram</i>	29	<i>eluryng</i>	18
<i>divalproex sodium dr</i>	40	EMCYT	46
<i>divalproex sodium er</i>	40	EMGALITY	3
<i>docetaxel</i>	46	EMSAM	42
<i>dofetilide</i>	7	<i>emtricitabine</i>	55
<i>donepezil hcl</i>	3	<i>emtricitabine/rilpivirine/tenofovir disoproxil fumarate</i>	54
<i>donepezil hydrochloride</i>	3	<i>emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate</i>	55
DOPTLET	58	<i>emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate</i>	55
<i>dorzolamide hcl/timolol maleate</i>	27	EMTRIVA	55
<i>dorzolamide hydrochloride</i>	27	<i>enalapril maleate</i>	8
<i>dorzolamide hydrochloride/timolol maleate</i>	27	<i>enalapril maleate/hydrochlorothiazide</i>	6
<i>pf</i>		ENBREL	24
<i>dotti</i>	18	ENBREL MINI	24
DOVATO	54	ENBREL SURECLICK	24
<i>doxazosin mesylate</i>	16	ENDARI	61
<i>doxepin hcl</i>	42	<i>endocet</i>	34
<i>doxepin hydrochloride</i>	42	ENGERIX-B	25
DOXY 100	39	<i>enilloring</i>	18
<i>doxycycline</i>	40	<i>enoxaparin sodium</i>	58
<i>doxycycline hyclate</i>	39	<i>entacapone</i>	4
<i>doxycycline monohydrate</i>	39	<i>entecavir</i>	55
DRIZALMA SPRINKLE	43	ENTRESTO	6
<i>dronabinol</i>	44	<i>enulose</i>	15
<i>droplet pen needles 29gx10mm</i>	33	ENVARUS XR	24
<i>drospirenone/ethinyl estradiol</i>	18	EPIDIOLEX	41
DROXIA	46	<i>epinastine hcl</i>	26
<i>droxidopa</i>	6	<i>epinephrine</i>	32
<i>duloxetine hydrochloride dr</i>	43	<i>epitol</i>	41
DUPIXENT	22	<i>eplerenone</i>	7
<i>dutasteride</i>	16	EPRONTIA	41
<i>dutasteride/tamsulosin hydrochloride</i>	16	<i>ergotamine tartrate/caffeine</i>	3
<i>ec-naproxen</i>	35	ERIVEDGE	47
<i>econazole nitrate</i>	44		
EDURANT	54		
EDURANT PED	54		

ID de formulario: 25502, Versión: 18, Fecha efectiva: 12/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de diciembre de 2025

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

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
ERLEADA	45	<i>felbamate</i>	41
<i>erlotinib hydrochloride</i>	48	<i>felodipine er</i>	5
<i>errin</i>	20	<i>fenofibrate</i>	7
<i>ertapenem sodium</i>	39	<i>fenofibrate micronized</i>	7
<i>ery</i>	15	<i>fenofibric acid dr</i>	7
<i>erythromycin</i>	15	<i>fentanyl</i>	34
<i>erythromycin</i>	28	<i>fentanyl citrate oral transmucosal</i>	34
<i>erythromycin dr</i>	39	FETZIMA	43
<i>erythromycin ethylsuccinate</i>	39	FETZIMA TITRATION PACK	43
<i>escitalopram oxalate</i>	43	<i>fidaxomicin</i>	39
<i>eslicarbazepine acetate</i>	41	<i>finasteride</i>	16
<i>esomeprazole magnesium</i>	16	<i>fingolimod hydrochloride</i>	10
<i>estradiol</i>	18	FINTEPLA	41
<i>estradiol valerate</i>	18	<i>finzala</i>	18
<i>estradiol/norethindrone acetate</i>	18	FIRMAGON	22
ESTRING	18	<i>flac</i>	34
<i>eszopiclone</i>	12	FLAREX	28
<i>ethacrynic acid</i>	8	FLEBOGAMMA DIF	23
<i>ethambutol hydrochloride</i>	44	<i>flecainide acetate</i>	7
<i>ethosuximide</i>	40	FLOLIPID	7
<i>etodolac</i>	35	FLOVENT DISKUS	31
<i>etodolac er</i>	35	<i>fluconazole</i>	44
<i>etonogestrel/ethinyl estradiol</i>	18	<i>fluconazole in sodium chloride</i>	44
<i>etravirine</i>	54	<i>flucytosine</i>	44
EULEXIN	45	<i>fludrocortisone acetate</i>	20
<i>euthyrox</i>	21	<i>flunisolide</i>	31
<i>everolimus</i>	24	<i>fluocinolone acetonide</i>	14
<i>everolimus</i>	48	<i>fluocinolone acetonide</i>	34
EVOTAZ	52	<i>fluocinolone acetonide body</i>	14
<i>exemestane</i>	47	<i>fluocinolone acetonide scalp</i>	14
EXKIVITY	48	<i>fluocinolone acetonide topical</i>	14
<i>ezetimibe</i>	8	<i>fluocinonide</i>	14
<i>ezetimibe/simvastatin</i>	8	<i>fluocinonide emulsified base</i>	14
<i>falmina</i>	18	<i>fluorometholone</i>	28
<i>famciclovir</i>	54	<i>fluorouracil</i>	13
<i>famotidine</i>	16	<i>fluoxetine dr</i>	43
FANAPT	51	<i>fluoxetine hydrochloride</i>	43
FANAPT TITRATION PACK A	51	<i>fluphenazine decanoate</i>	51
FANAPT TITRATION PACK B	51	<i>fluphenazine hcl</i>	51
FANAPT TITRATION PACK C	51	<i>fluphenazine hydrochloride</i>	51
FARXIGA	9	<i>flurazepam hcl</i>	12
FASENRA	30	<i>flurazepam hydrochloride</i>	12
FASENRA PEN	30	<i>flurbiprofen</i>	35
FEIRZA 1.5/30	18	<i>flurbiprofen sodium</i>	28
FEIRZA 1/20	18	<i>flutamide</i>	45

ID de formulario: 25502, Versión: 18, Fecha efectiva: 12/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de diciembre de 2025

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

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>fluticasone propionate</i>	14	<i>gentamicin sulfate</i>	36
<i>fluticasone propionate</i>	32	<i>gentamicin sulfate/0.9% sodium chloride</i>	36
<i>fluticasone propionate diskus</i>	31	GENVOYA	54
<i>fluticasone propionate hfa</i>	31	GILOTRIF	48
<i>fluticasone propionate/salmeterol</i>	30	<i>glatiramer acetate</i>	10
<i>fluticasone propionate/salmeterol diskus</i>	30	GLEOSTINE	45
<i>fluvastatin</i>	7	<i>glimepiride</i>	59
<i>fluvastatin sodium er</i>	7	<i>glipizide</i>	59
<i>fluvoxamine maleate</i>	43	<i>glipizide er</i>	59
<i>folic acid</i>	58	<i>glipizide/metformin hydrochloride</i>	59
<i>fondaparinux sodium</i>	58	GLOPERBA	9
<i>formoterol fumarate</i>	32	GLUCAGEN HYPOKIT	60
<i>fosamprenavir calcium</i>	52	GLUCAGON EMERGENCY KIT	60
<i>fosinopril sodium</i>	8	GLUCAGON EMERGENCY KIT FOR	60
<i>fosinopril sodium/hydrochlorothiazide</i>	6	LOW BLOOD SUGAR	
FOTIVDA	48	<i>glucose (dextrose) 50%</i>	56
FRAGMIN	58	<i>glucose (dextrose) 70%</i>	56
FRUZAQLA	48	<i>glyburide</i>	59
<i>furosemide</i>	8	<i>glyburide micronized</i>	59
FUZEON	53	<i>glyburide/metformin hydrochloride</i>	59
<i>fyavolv</i>	18	<i>glycopyrrolate</i>	16
FYCOMPA	41	<i>glydo</i>	36
<i>gabapentin</i>	40	GLYXAMBI	59
<i>galantamine hydrobromide</i>	3	<i>gnp insulin syringe/0.3ml/30g x 5/16"</i>	33
<i>galantamine hydrobromide er</i>	3	<i>gnp insulin syringe/0.5ml/30g x 5/16"</i>	33
<i>galbriela</i>	18	GOMEKLI	48
<i>gallifrey</i>	20	<i>granisetron hydrochloride</i>	44
GAMMAGARD LIQUID	23	<i>griseofulvin microsize</i>	44
GAMMAPLEX	24	<i>griseofulvin ultramicrosize</i>	44
GARDASIL 9	25	<i>guanfacine hydrochloride er</i>	11
<i>gatifloxacin</i>	28	GVOKE HYPOPEN 1-PACK	60
<i>gauze pads 2"x2"</i>	33	GVOKE HYPOPEN 2-PACK	60
<i>gavilyte-c</i>	15	GVOKE KIT	60
<i>gavilyte-g</i>	15	GVOKE PFS	60
<i>gavilyte-n/flavor pack</i>	15	HAEGARDA	23
GAVRETO	48	<i>halobetasol propionate</i>	14
<i>gefitinib</i>	48	<i>haloette</i>	18
<i>gemfibrozil</i>	7	<i>haloperidol</i>	51
GEMTESA	17	<i>haloperidol decanoate</i>	51
<i>generlac</i>	15	<i>haloperidol lactate</i>	51
GENGRAF	24	HAVRIX	25
GENOTROPIN	17	<i>heather</i>	20
GENOTROPIN MINISQUICK	17	<i>heparin sodium</i>	59
<i>gentak</i>	28	<i>heparin sodium/d5w</i>	59
<i>gentamicin sulfate</i>	28	HEPLISAV-B	25

ID de formulario: 25502, Versión: 18, Fecha efectiva: 12/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de diciembre de 2025

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

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
HERNEXEOS	48	<i>hydroxyzine hydrochloride</i>	31
HIBERIX	25	<i>hydroxyzine pamoate</i>	31
HIZENTRA	24	IBRANCE	46
HUMALOG	60	IBRANCE	48
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN	60	IBTROZI	48
HUMALOG KWIKPEN	60	<i>ibu</i>	35
HUMALOG MIX 50/50	60	<i>ibuprofen</i>	35
HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN	60	<i>icatibant acetate</i>	23
HUMALOG MIX 75/25	60	<i>iclevia</i>	18
HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN	60	ICLUSIG	48
HUMIRA	24	<i>icosapent ethyl</i>	8
HUMIRA PEDIATRIC CROHNS	24	IDHIFA	48
DISEASE STARTER PACK		ILEVRO	28
HUMIRA PEN	24	<i>imatinib mesylate</i>	48
HUMIRA PEN-CD/UC/HS STARTER	24	IMBRUVICA	48
HUMIRA PEN-PEDIATRIC UC	24	<i>imipenem/cilastatin</i>	39
STARTER PACK		<i>imipramine hcl</i>	43
HUMIRA PEN-PS/UV STARTER	24	<i>imipramine hydrochloride</i>	43
HUMULIN 70/30	60	<i>imiquimod</i>	13
HUMULIN 70/30 KWIKPEN	61	IMKELDI	48
HUMULIN N	61	IMOVAX RABIES (H.D.C.V.)	25
HUMULIN N KWIKPEN	61	IMPAVIDO	37
HUMULIN R	61	IMVEXXY MAINTENANCE PACK	18
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED)	61	IMVEXXY STARTER PACK	18
HUMULIN R U-500 KWIKPEN	61	INCRELEX	17
<i>hydralazine hydrochloride</i>	9	INCRUSE ELLIPTA	32
<i>hydrochlorothiazide</i>	8	<i>indapamide</i>	8
<i>hydrocodone bitartrate/acetaminophen</i>	34	<i>indomethacin</i>	35
<i>hydrocodone bitartrate/homatropine</i>	30	INFANRIX	25
<i>methylbromide</i>		INGREZZA	12
<i>hydrocodone polistirex/chlorpheniramine</i>	30	INLYTA	48
<i>polistirex</i>		INQOVI	48
<i>hydrocodone/acetaminophen</i>	34	INREBIC	46
<i>hydrocortisone</i>	9	INSULIN LISPRO	61
<i>hydrocortisone</i>	14	INSULIN LISPRO JUNIOR KWIKPEN	61
<i>hydrocortisone</i>	21	INSULIN LISPRO KWIKPEN	61
<i>hydrocortisone butyrate</i>	14	INSULIN LISPRO	61
<i>hydrocortisone sodium succinate</i>	21	PROTAMINE/INSULIN LISPRO	
<i>hydrocortisone valerate</i>	14	KWIKPEN	
<i>hydrocortisone/acetic acid</i>	34	INTELENCE	54
<i>hydromorphone hcl</i>	34	INTRALIPID	33
<i>hydromorphone hcl er</i>	34	<i>introvale</i>	19
<i>hydroxychloroquine sulfate</i>	50	INVEGA HAFYERA	51
<i>hydroxyurea</i>	46	INVEGA SUSTENNA	52
<i>hydroxyzine hcl</i>	31	INVEGA TRINZA	52

ID de formulario: 25502, Versión: 18, Fecha efectiva: 12/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de diciembre de 2025

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

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
IPOL INACTIVATED IPV	25	<i>kcl 0.15%/d5w/nacl 0.2%</i>	57
<i>ipratropium bromide</i>	32	<i>kcl 0.15%/d5w/nacl 0.45%</i>	57
<i>ipratropium bromide/albuterol sulfate</i>	30	<i>kcl 0.15%/d5w/nacl 0.9%</i>	57
<i>irbesartan</i>	6	<i>kcl 0.3%/d5w/nacl 0.45%</i>	57
<i>irbesartan/hydrochlorothiazide</i>	6	<i>kcl 0.3%/d5w/nacl 0.9%</i>	57
ISENTRESS	54	<i>kelnor 1/35</i>	19
ISENTRESS HD	54	<i>kenalog-10</i>	21
<i>isoniazid</i>	44	KERENDIA	7
<i>isosorbide dinitrate</i>	9	KESIMPTA	10
<i>isosorbide mononitrate</i>	9	<i>ketoconazole</i>	44
<i>isosorbide mononitrate er</i>	9	<i>ketorolac tromethamine</i>	28
<i>isotonic gentamicin</i>	36	KINRIX	25
<i>isotretinoin</i>	13	KISQALI	48
ITOVEBI	46	KISQALI FEMARA 200 DOSE	46
<i>itraconazole</i>	44	KISQALI FEMARA 400 DOSE	46
<i>ivabradine hydrochloride</i>	6	KISQALI FEMARA 600 DOSE	46
<i>ivermectin</i>	50	<i>klayesta</i>	45
IWILFIN	46	<i>klor-con</i>	57
IXCHIQ	25	<i>klor-con 10</i>	57
IXIARO	25	<i>klor-con 8</i>	57
<i>jaimiess</i>	19	<i>klor-con m10</i>	57
JAKAFI	48	<i>klor-con m15</i>	57
<i>jantoven</i>	59	<i>klor-con m20</i>	57
JANUMET	59	<i>klor-con/ef</i>	57
JANUMET XR	59	KORLYM	22
JANUVIA	59	KOSELUGO	48
JARDIANCE	9	<i>kourzeq</i>	12
JAYPIRCA	48	<i>k-prime</i>	57
JENTADUETO	59	KRAZATI	48
JENTADUETO XR	60	KYNMOBI	4
<i>jinteli</i>	19	KYPROLIS	47
JOURNAVX	35	<i>labetalol hydrochloride</i>	5
<i>joyeaux</i>	19	<i>lacosamide</i>	41
JULUCA	54	<i>lactated ringers</i>	57
<i>junel 1.5/30</i>	19	<i>lactulose</i>	15
<i>junel 1/20</i>	19	<i>lamivudine</i>	55
<i>junel fe 1.5/30</i>	19	<i>lamivudine</i>	55
<i>junel fe 1/20</i>	19	<i>lamivudine/zidovudine</i>	55
<i>junel fe 24</i>	19	<i>lamotrigine</i>	41
JYLAMVO	24	<i>lamotrigine er</i>	41
JYNNEOS	25	<i>lamotrigine odt</i>	41
KALETRA	52	<i>lamotrigine starter kit/blue</i>	41
KALYDECO	30	<i>lamotrigine starter kit/green</i>	41
<i>kariva</i>	19	<i>lamotrigine starter kit/orange</i>	41
<i>kcl 0.075%/d5w/nacl 0.45%</i>	57	<i>lanreotide acetate</i>	22

ID de formulario: 25502, Versión: 18, Fecha efectiva: 12/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de diciembre de 2025

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

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>lansoprazole</i>	16	<i>l-glutamine</i>	61
LANTUS	61	LIBERVANT	40
LANTUS SOLOSTAR	61	<i>lidocaine</i>	36
<i>lapatinib ditosylate</i>	48	<i>lidocaine hcl</i>	36
<i>larin 1.5/30</i>	19	<i>lidocaine hcl jelly</i>	36
<i>larin 1/20</i>	19	<i>lidocaine hydrochloride</i>	36
<i>larin fe 1.5/30</i>	19	<i>lidocaine hydrochloride jelly</i>	36
<i>larin fe 1/20</i>	19	<i>lidocaine hydrochloride viscous</i>	12
<i>latanoprost</i>	28	<i>lidocaine viscous</i>	12
LAZCLUZE	46	<i>lidocaine/prilocaine</i>	36
<i>leflunomide</i>	24	LILETTA	20
<i>lenalidomide</i>	45	<i>linezolid</i>	37
LENVIMA 10 MG DAILY DOSE	48	LINZESS	15
LENVIMA 12MG DAILY DOSE	48	<i>liomny</i>	21
LENVIMA 14 MG DAILY DOSE	48	<i>liothyronine sodium</i>	21
LENVIMA 18 MG DAILY DOSE	48	<i>lisinopril</i>	8
LENVIMA 20 MG DAILY DOSE	48	<i>lisinopril/hydrochlorothiazide</i>	6
LENVIMA 24 MG DAILY DOSE	48	<i>lithium</i>	29
LENVIMA 4 MG DAILY DOSE	48	<i>lithium carbonate</i>	29
LENVIMA 8 MG DAILY DOSE	48	<i>lithium carbonate er</i>	29
<i>lessina</i>	19	LIVTENCITY	53
<i>letrozole</i>	47	<i>lojaimiess</i>	19
<i>leucovorin calcium</i>	46	LOKELMA	55
LEUKERAN	45	LONHALA MAGNAIR REFILL KIT	32
<i>leuprolide acetate</i>	22	LONHALA MAGNAIR STARTER KIT	32
<i>levalbuterol</i>	32	LONSURF	46
<i>levalbuterol hcl</i>	32	<i>loperamide hydrochloride</i>	15
<i>levalbuterol hydrochloride</i>	32	<i>lopinavir/ritonavir</i>	53
LEVEMIR FLEXTOUCH	61	<i>lorazepam</i>	36
<i>levetiracetam</i>	42	<i>lorazepam intensol</i>	36
<i>levetiracetam er</i>	42	LORBRENA	48
<i>levobunolol hcl</i>	26	<i>losartan potassium</i>	6
<i>levocarnitine</i>	33	<i>losartan potassium/hydrochlorothiazide</i>	6
<i>levocetirizine dihydrochloride</i>	31	LOTEMAX	28
<i>levofloxacin</i>	28	<i>loteprednol etabonate</i>	28
<i>levofloxacin</i>	39	<i>lovastatin</i>	7
<i>levofloxacin in d5w</i>	39	<i>loxapine</i>	51
<i>levonest</i>	19	<i>lubiprostone</i>	15
<i>levonorgestrel and ethinyl estradiol</i>	19	LUMAKRAS	48
<i>levonorgestrel/ethinyl estradiol</i>	19	LUMIGAN	28
<i>levora 0.15/30-28</i>	19	LUPRON DEPOT (1-MONTH)	22
<i>levo-t</i>	21	LUPRON DEPOT (3-MONTH)	22
<i>levothyroxine sodium</i>	21	LUPRON DEPOT (4-MONTH)	22
<i>levoxyl</i>	21	LUPRON DEPOT (6-MONTH)	22
LEXIVA	53	<i>lurasidone hydrochloride</i>	52

ID de formulario: 25502, Versión: 18, Fecha efectiva: 12/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de diciembre de 2025

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

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
LYBALVI	52	<i>methotrexate</i>	24
LYNPARZA	48	<i>methotrexate sodium</i>	24
LYSODREN	46	<i>methsuximide</i>	40
LYTGOBI	49	<i>methylphenidate hydrochloride</i>	11
<i>magnesium sulfate</i>	57	<i>methylphenidate hydrochloride er</i>	11
<i>malathion</i>	15	<i>methylphenidate hydrochloride er (cd)</i>	11
<i>maraviroc</i>	53	<i>methylphenidate hydrochloride er (la)</i>	11
<i>marlissa</i>	19	<i>methylphenidate hydrochloride er (osm)</i>	11
MARPLAN	42	<i>methylprednisolone</i>	21
MATULANE	45	<i>methylprednisolone acetate</i>	21
<i>matzim la</i>	5	<i>methylprednisolone dose pack</i>	21
MAVYRET	53	<i>metoclopramide hcl</i>	16
MAYZENT	10	<i>metoclopramide hydrochloride</i>	16
MAYZENT STARTER PACK	10	<i>metolazone</i>	8
<i>meclizine hcl</i>	44	<i>metoprolol succinate er</i>	5
<i>medroxyprogesterone acetate</i>	20	<i>metoprolol tartrate</i>	5
<i>mefloquine hydrochloride</i>	50	<i>metoprolol/hydrochlorothiazide</i>	6
<i>megestrol acetate</i>	20	<i>metronidazole</i>	13
MEKINIST	49	<i>metronidazole</i>	37
MEKTOVI	49	<i>metronidazole vaginal</i>	37
<i>meleya</i>	20	<i>metirosine</i>	6
<i>meloxicam</i>	35	<i>mexiletine hydrochloride</i>	7
<i>memantine hcl titration pak</i>	3	<i>mibelas 24 fe</i>	19
<i>memantine hydrochloride</i>	3	<i>micafungin</i>	45
<i>memantine hydrochloride er</i>	3	<i>miconazole 3</i>	45
<i>memantine/donepezil hydrochloride er</i>	3	<i>microgestin 1.5/30</i>	19
MENACTRA	25	<i>microgestin 1/20</i>	19
MENQUADFI	25	<i>microgestin fe 1.5/30</i>	19
MENTAX	15	<i>microgestin fe 1/20</i>	19
MENVEO	25	<i>midodrine hydrochloride</i>	6
<i>mercaptopurine</i>	46	<i>mifepristone</i>	22
<i>meropenem</i>	39	<i>miglitol</i>	60
<i>mesalamine</i>	9	<i>miglustat</i>	62
<i>mesalamine dr</i>	9	<i>minocycline hcl</i>	40
<i>mesalamine er</i>	9	<i>minocycline hydrochloride</i>	40
<i>mesna</i>	47	<i>minoxidil</i>	9
MESNEX	47	<i>minzoya</i>	19
<i>metformin hydrochloride</i>	60	<i>mirabegron er</i>	17
<i>metformin hydrochloride er</i>	60	<i>mirtazapine</i>	42
<i>methadone hcl</i>	34	<i>mirtazapine odt</i>	42
<i>methadone hydrochloride</i>	34	<i>misoprostol</i>	16
<i>methazolamide</i>	27	M-M-R II	25
<i>methenamine hippurate</i>	37	<i>modafinil</i>	12
<i>methenamine mandelate</i>	37	MODEYSO	46
<i>methimazole</i>	21	<i>moexipril hydrochloride</i>	8

ID de formulario: 25502, Versión: 18, Fecha efectiva: 12/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de diciembre de 2025

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

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>molindone hydrochloride</i>	51	<i>neomycin/polymyxin/dexamethasone</i>	27
<i>mometasone furoate</i>	14	<i>neomycin/polymyxin/gramicidin</i>	27
<i>mometasone furoate</i>	32	<i>neomycin/polymyxin/hc</i>	34
<i>mondoxylene nl</i>	40	<i>neomycin/polymyxin/hydrocortisone</i>	27
<i>montelukast sodium</i>	32	<i>neomycin/polymyxin/hydrocortisone</i>	34
<i>morphine sulfate</i>	34	<i>neo-polycin</i>	27
<i>morphine sulfate er</i>	34	<i>neo-polycin hc</i>	27
MOUNJARO	60	NERLYNX	49
MOVANTIK	15	NEUAC	13
<i>moxifloxacin hydrochloride/sodium</i>	39	NEULASTA	59
<i>hydrochloride</i>		NEULASTA ONPRO KIT	59
<i>moxifloxacin hydrochloride</i>	28	<i>nevirapine</i>	54
<i>moxifloxacin hydrochloride</i>	39	<i>nevirapine er</i>	54
MOZOBIL	59	NEXPLANON	20
MRESVIA	25	<i>niacin er</i>	8
MULTAQ	7	NICOTROL INHALER	29
<i>mupirocin</i>	15	NICOTROL NS	29
<i>mycophenolate mofetil</i>	24	<i>nifedipine er</i>	5
<i>mycophenolic acid dr</i>	25	<i>nikki</i>	19
MYORISAN	13	<i>nilotinib hydrochloride</i>	49
MYRBETRIQ	17	<i>nilutamide</i>	45
<i>nabumetone</i>	35	<i>nimodipine</i>	5
<i>nadolol</i>	5	NINLARO	49
<i>nafticillin sodium</i>	38	<i>nitazoxanide</i>	50
<i>naftifine hydrochloride</i>	45	<i>nitisinone</i>	62
<i>naloxone hcl</i>	29	<i>nitrofurantoin macrocrystals</i>	37
<i>naloxone hydrochloride</i>	29	<i>nitrofurantoin monohydrate/macrocrystals</i>	37
<i>naltrexone hydrochloride</i>	29	<i>nitroglycerin</i>	9
NAMZARIC	3	<i>nitroglycerin</i>	16
<i>naproxen</i>	35	<i>nitroglycerin transdermal</i>	9
<i>naproxen dr</i>	35	NIVA THYROID	21
<i>naproxen sodium</i>	35	<i>norelgestromin/ethinyl estradiol</i>	19
<i>naproxen sodium cr</i>	35	<i>norethindrone acetate</i>	20
<i>naratriptan hcl</i>	3	<i>norethindrone acetate/ethinyl estradiol</i>	19
NATACYN	28	<i>norethindrone acetate/ethinyl</i>	19
<i>nateglinide</i>	60	<i>estradiol/ferrous fumarate</i>	
NAYZILAM	42	<i>nortrel 0.5/35 (28)</i>	19
<i>nebivolol hydrochloride</i>	5	<i>nortrel 1/35</i>	19
<i>necon 0.5/35-28</i>	19	<i>nortrel 7/7/7</i>	19
<i>nefazodone hydrochloride</i>	43	<i>nortriptyline hcl</i>	43
<i>neomycin sulfate</i>	36	<i>nortriptyline hydrochloride</i>	43
<i>neomycin/bacitracin/polymyxin</i>	27	NORVIR	53
<i>neomycin/polymyxin/bacitracin zinc</i>	27	NOVOLIN 70/30	61
<i>neomycin/polymyxin/bacitracin/hydrocortis</i>	27	NOVOLIN 70/30 FLEXPEN	61
<i>one</i>		NOVOLIN N	61

ID de formulario: 25502, Versión: 18, Fecha efectiva: 12/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de diciembre de 2025

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

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
NOVOLIN N FLEXPEN	61	<i>omeprazole dr</i>	16
NOVOLIN R	61	OMNIPOD 5 DEXCOM G7G6 INTRO KIT	33
NOVOLIN R FLEXPEN	61	(GEN 5)	
NOVOLOG	61	OMNIPOD 5 DEXCOM G7G6 PODS	33
NOVOLOG FLEXPEN	61	(GEN 5)	
NOVOLOG MIX 70/30	61	OMNIPOD 5 G7 INTRO KIT (GEN 5)	33
NOVOLOG MIX 70/30 PREFILLED	61	OMNIPOD 5 G7 PODS (GEN 5)	33
FLEXPEN		OMNIPOD 5 LIBRE2 PLUS G6 INTRO	33
NOVOLOG PENFILL	61	GEN 5	
<i>np thyroid 120</i>	21	OMNIPOD 5 LIBRE2 PLUS G6 PODS	33
<i>np thyroid 15</i>	21	OMNIPOD CLASSIC PDM STARTER	33
<i>np thyroid 30</i>	21	KIT (GEN 3)	
<i>np thyroid 60</i>	21	OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3)	33
<i>np thyroid 90</i>	21	OMNIPOD DASH INTRO KIT (GEN 4)	33
NUBEQA	45	OMNIPOD DASH PDM KIT (GEN 4)	33
NUEDEXTA	12	OMNIPOD DASH PODS (GEN 4)	33
NULOJIX	25	OMNIPOD GO 10 UNITS/DAY	33
NUPLAZID	52	OMNIPOD GO 15 UNITS/DAY	33
NURTEC	4	OMNIPOD GO 20 UNITS/DAY	33
NUTRILIPID	33	OMNIPOD GO 25 UNITS/DAY	33
NUVESSA	37	OMNIPOD GO 30 UNITS/DAY	33
<i>nyamyc</i>	45	OMNIPOD GO 35 UNITS/DAY	33
<i>nystatin</i>	45	OMNIPOD GO 40 UNITS/DAY	33
<i>nystatin/triamcinolone</i>	13	<i>ondansetron hcl</i>	44
<i>nystatin/triamcinolone acetonide</i>	13	<i>ondansetron hydrochloride</i>	44
<i>nystop</i>	45	<i>ondansetron odt</i>	44
OCTAGAM	24	ONUREG	46
<i>octreotide acetate</i>	22	OPDIVO	45
ODEFSEY	55	OPIPZA	52
ODOMZO	49	<i>opium</i>	16
OFEV	30	<i>opium tincture</i>	16
<i>ofloxacin</i>	28	OPSUMIT	31
<i>ofloxacin</i>	34	OPVEE	29
OGSIVEO	46	<i>oralone dental paste</i>	12
OJEMDA	46	ORENCIA	22
OJJAARA	49	ORENCIA CLICKJECT	22
<i>olanzapine</i>	52	ORENITRAM	31
<i>olanzapine odt</i>	52	ORENITRAM TITRATION KIT MONTH	31
<i>olmesartan medoxomil</i>	7	1	
<i>olmesartan</i>	6	ORENITRAM TITRATION KIT MONTH	31
<i>medoxomil/amlodipine/hydrochlorothiazide</i>		2	
<i>olmesartan medoxomil/hydrochlorothiazide</i>	6	ORENITRAM TITRATION KIT MONTH	31
<i>olopatadine hydrochloride</i>	26	3	
<i>omega-3-acid ethyl esters</i>	8	ORGOVYX	22
<i>omeprazole</i>	16	ORKAMBI	30

ID de formulario: 25502, Versión: 18, Fecha efectiva: 12/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de diciembre de 2025

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

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>orquidea</i>	20	<i>pentoxifylline er</i>	6
ORSERDU	46	<i>perampanel</i>	42
<i>oseltamivir phosphate</i>	53	<i>perindopril erbumine</i>	8
OSMOPREP	15	<i>periogard</i>	12
OSPHENA	17	<i>permethrin</i>	15
OTEZLA	13	<i>perphenazine</i>	51
OTEZLA	22	PERSERIS	52
<i>oxacillin sodium</i>	38	<i>phenelzine sulfate</i>	42
<i>oxaprozin</i>	35	<i>phenobarbital</i>	40
<i>oxazepam</i>	36	<i>phenytek</i>	41
<i>oxcarbazepine</i>	41	<i>phenytoin</i>	41
<i>oxybutynin chloride</i>	17	<i>phenytoin sodium extended</i>	41
<i>oxybutynin chloride er</i>	17	PHOSPHOLINE IODIDE	27
<i>oxycodone hydrochloride</i>	35	PIFELTRO	54
<i>oxycodone/acetaminophen</i>	35	<i>pilocarpine hcl</i>	27
OZEMPIC	60	<i>pilocarpine hydrochloride</i>	12
<i>paclitaxel</i>	46	<i>pilocarpine hydrochloride</i>	27
<i>paliperidone er</i>	52	<i>pimecrolimus</i>	14
PANRETIN	50	<i>pimozide</i>	51
<i>pantoprazole sodium</i>	16	<i>pindolol</i>	5
<i>paricalcitol</i>	10	<i>pioglitazone hcl</i>	60
<i>paroxetine hcl</i>	43	<i>pioglitazone hcl/metformin hcl</i>	60
<i>paroxetine hydrochloride</i>	43	<i>pioglitazone hcl-glimepiride</i>	60
PAXLOVID	55	<i>pioglitazone hydrochloride</i>	60
<i>pazopanib hydrochloride</i>	49	<i>piperacillin sodium/tazobactam sodium</i>	39
PEDIARIX	25	PIQRAY 200MG DAILY DOSE	49
PEDVAX HIB	25	PIQRAY 250MG DAILY DOSE	49
<i>peg-3350/electrolytes</i>	16	PIQRAY 300MG DAILY DOSE	49
<i>peg-3350/electrolytes/ascorbate</i>	16	<i>pirfenidone</i>	30
<i>peg-3350/nacl/na bicarbonate/kcl</i>	16	<i>piroxicam</i>	35
<i>peg-3350/sodium sulf/naclpotassium cl/na</i>	16	<i>pitavastatin calcium</i>	7
<i>ascorbate/ascorbic</i>		PLEGRIDY	10
PEGASYS	23	PLEGRIDY STARTER PACK	10
PEGASYS	25	PLENAMINE	57
PEMAZYRE	49	<i>plerixafor</i>	59
PENBRAYA	26	<i>podofilox</i>	13
<i>penicillamine</i>	56	<i>polycin</i>	27
<i>penicillin g potassium</i>	38	<i>polymyxin b sulfate/trimethoprim sulfate</i>	27
<i>penicillin g potassium in iso-osmotic</i>	38	POMALYST	45
<i>dextrose</i>		<i>portia-28</i>	19
<i>penicillin g sodium</i>	39	<i>posaconazole</i>	45
<i>penicillin v potassium</i>	39	<i>posaconazole dr</i>	45
PENMENVY	26	<i>potassium chloride</i>	57
PENTACEL	26	<i>potassium chloride er</i>	57
<i>pentamidine isethionate</i>	50		

ID de formulario: 25502, Versión: 18, Fecha efectiva: 12/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de diciembre de 2025

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

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>potassium chloride/dextrose/sodium chloride</i>	57	PROLENSA	28
<i>potassium citrate er</i>	57	PROLIA	10
PRALUENT	8	PROMACTA	59
<i>pramipexole dihydrochloride</i>	4	<i>promethazine hcl</i>	44
<i>prasugrel hydrochloride</i>	58	<i>promethazine hydrochloride</i>	44
<i>pravastatin sodium</i>	7	<i>promethazine hydrochloride plain</i>	44
<i>praziquantel</i>	50	<i>promethazine vc/codeine</i>	30
<i>prazosin hydrochloride</i>	4	<i>promethazine/codeine</i>	30
<i>prednicarbate</i>	15	<i>promethazine/phenylephrine/codeine</i>	30
<i>prednisolone</i>	21	<i>propafenone hcl</i>	7
<i>prednisolone acetate</i>	28	<i>propafenone hydrochloride</i>	7
<i>prednisolone sodium phosphate</i>	21	<i>propafenone hydrochloride er</i>	7
<i>prednisolone sodium phosphate</i>	28	<i>propranolol hcl</i>	5
<i>prednisone</i>	21	<i>propranolol hydrochloride</i>	5
<i>pregabalin</i>	40	<i>propranolol hydrochloride er</i>	5
PREHEVBRIO	26	<i>propylthiouracil</i>	21
PREMARIN	19	PROQUAD	26
PREMASOL	57	PROSOL	57
<i>premium lidocaine</i>	36	<i>protriptyline hcl</i>	43
PREMPHASE	19	PULMOZYME	30
<i>prenatal</i>	58	PURIXAN	46
<i>prevalite</i>	8	<i>pyrazinamide</i>	44
PREVYMIS	53	<i>pyridostigmine bromide</i>	4
PREZCOBIX	53	<i>pyridostigmine bromide er</i>	4
PREZISTA	53	<i>pyrimethamine</i>	51
PRIFTIN	44	PYRUKYND	62
<i>primaquine phosphate</i>	50	PYRUKYND TAPER PACK	62
<i>primidone</i>	40	QINLOCK	49
PRIORIX	26	QUADRACEL	26
PRIVIGEN	24	<i>quetiapine fumarate</i>	52
PROAIR RESPICLICK	32	<i>quinapril hydrochloride</i>	8
<i>probenecid</i>	9	<i>quinapril/hydrochlorothiazide</i>	6
<i>probenecid/colchicine</i>	9	<i>quinidine gluconate cr</i>	7
<i>prochlorperazine</i>	44	<i>quinidine gluconate er</i>	7
<i>prochlorperazine edisylate</i>	44	<i>quinidine sulfate</i>	7
<i>prochlorperazine maleate</i>	44	<i>quinine sulfate</i>	51
PROCRIT	59	QVAR REDIHALER	32
PROCTOFOAM HC	13	RABAVERT	26
<i>procto-med hc</i>	9	<i>rabeprazole sodium</i>	16
<i>proctosol hc</i>	9	RADICAVA ORS	12
<i>proctozone-hc</i>	9	RADICAVA ORS STARTER KIT	12
<i>progesterone</i>	20	RALDESY	43
PROGRAF	25	<i>raloxifene hydrochloride</i>	18
PROLASTIN-C	62	<i>ramelteon</i>	12
		<i>ramipril</i>	9

ID de formulario: 25502, Versión: 18, Fecha efectiva: 12/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de diciembre de 2025

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

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>ranolazine er</i>	6	ROCKLATAN	27
<i>rasagiline mesylate</i>	4	<i>roflumilast</i>	32
RAYALDEE	10	ROMVIMZA	49
REBIF	10	<i>ropinirole er</i>	4
REBIF REBIDOSE	10	<i>ropinirole hcl</i>	4
REBIF REBIDOSE TITRATION PACK	10	<i>ropinirole hydrochloride</i>	4
REBIF TITRATION PACK	10	<i>rosadan</i>	13
RECOMBIVAX HB	26	<i>rosuvastatin calcium</i>	7
RECTIV	16	<i>rosyrah</i>	19
RELENZA DISKHALER	53	ROTARIX	26
<i>repaglinide</i>	60	ROTATEQ	26
REPATHA	8	<i>roweepra</i>	42
REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM	8	ROZLYTREK	49
REPATHA SURECLICK	8	RUBRACA	49
RESTASIS	27	<i>rufinamide</i>	41
RESTASIS MULTIDOSE	27	RUKOBIA	53
RETACRIT	59	RYBELSUS	60
RETEVMO	49	RYDAPT	49
REVCovi	62	<i>sacubitril/valsartan</i>	6
REVLIMID	45	<i>salsalate</i>	36
REVUFORJ	46	SANTYL	13
REXULTI	52	<i>sapropterin dihydrochloride</i>	62
REYATAZ	53	SAVELLA	10
REZLIDHIA	49	SAVELLA TITRATION PACK	11
REZUROCK	25	<i>saxagliptin hydrochloride</i>	60
RHOPRESSA	27	<i>saxagliptin hydrochloride/metformin</i>	60
<i>ribavirin</i>	53	<i>hydrochloride er</i>	
<i>rifabutin</i>	44	SCSEMBLIX	49
<i>rifampin</i>	44	<i>scopolamine</i>	44
<i>riluzole</i>	12	SECUADO	52
<i>rimantadine hydrochloride</i>	53	<i>selegiline hcl</i>	4
RINVOQ	22	<i>selenium sulfide</i>	15
RINVOQ LQ	23	SELZENTRY	53
<i>risedronate sodium</i>	10	SEREVENT DISKUS	32
<i>risedronate sodium dr</i>	10	<i>sertraline hcl</i>	43
RISPERDAL CONSTA	52	<i>sertraline hydrochloride</i>	43
<i>risperidone</i>	52	<i>sevelamer carbonate</i>	56
<i>risperidone er</i>	52	<i>sf 5000 plus</i>	12
<i>risperidone odt</i>	52	<i>sharobel</i>	20
<i>ritonavir</i>	53	SHINGRIX	26
<i>rivaroxaban</i>	59	SIGNIFOR	22
<i>rivastigmine tartrate</i>	3	<i>sildenafil</i>	17
<i>rivastigmine transdermal system</i>	3	<i>sildenafil citrate</i>	17
<i>rizatriptan benzoate</i>	3	<i>sildenafil citrate</i>	31
<i>rizatriptan benzoate odt</i>	3	<i>silver sulfadiazine</i>	13

ID de formulario: 25502, Versión: 18, Fecha efectiva: 12/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de diciembre de 2025

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

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
SIMBRINZA	27	<i>subvenite starter kit/blue</i>	42
<i>simvastatin</i>	8	<i>subvenite starter kit/green</i>	42
<i>sirolimus</i>	25	<i>subvenite starter kit/orange</i>	42
SIRTURO	44	SUCRAID	62
SKYRIZI	23	<i>sucralfate</i>	16
SKYRIZI PEN	23	<i>sulfacetamide sodium</i>	28
<i>sodium chloride</i>	57	<i>sulfacetamide sodium</i>	39
<i>sodium chloride 0.45%</i>	57	<i>sulfacetamide sodium/prednisolone sodium</i>	27
<i>sodium chloride 0.9%</i>	33	<i>phosphate</i>	
<i>sodium fluoride</i>	12	<i>sulfadiazine</i>	39
<i>sodium fluoride 5000 plus</i>	12	<i>sulfamethoxazole/trimethoprim</i>	39
<i>sodium fluoride 5000 ppm</i>	12	<i>sulfamethoxazole/trimethoprim ds</i>	39
<i>sodium oxybate</i>	12	SULFAMYLON	15
<i>sodium phenylbutyrate</i>	62	<i>sulfasalazine</i>	9
<i>sodium polystyrene sulfonate</i>	55	<i>sulindac</i>	36
<i>sodium sulfate/potassium sulfate/magnesium sulfate</i>	16	<i>sumatriptan</i>	3
<i>sofosbuvir/velpatasvir</i>	54	<i>sumatriptan succinate</i>	3
<i>solifenacin succinate</i>	17	<i>sumatriptan succinate refill</i>	3
SOLTAMOX	46	<i>sunitinib malate</i>	49
SOLU-CORTEF	21	SUNLENCA	53
SOMATULINE DEPOT	22	SYMLINPEN 120	60
SOMAVERT	22	SYMLINPEN 60	60
<i>sorafenib</i>	49	SYMPAZAN	40
<i>sorafenib tosylate</i>	49	SYMTUZA	53
<i>sorine</i>	7	SYNAREL	22
<i>sotalol hcl</i>	7	SYNJARDY	60
<i>sotalol hydrochloride</i>	7	SYNJARDY XR	60
<i>sotalol hydrochloride (af)</i>	7	SYNRIBO	46
SPIRIVA RESPIMAT	32	SYNTHROID	21
<i>spironolactone</i>	7	TABLOID	46
<i>spironolactone/hydrochlorothiazide</i>	6	TABRECTA	49
SPRITAM	42	<i>tacrolimus</i>	15
SPRYCEL	49	<i>tacrolimus</i>	25
<i>sps</i>	55	<i>tadalafil</i>	17
<i>ssd</i>	13	<i>tadalafil</i>	31
STAMARIL	26	TAFINLAR	49
STEQEYMA	23	<i>tafluprost</i>	28
<i>sterile water for irrigation</i>	33	TAGRISSO	49
STIOLTO RESPIMAT	30	TALZENNA	49
STIVARGA	49	<i>tamoxifen citrate</i>	46
<i>streptomycin sulfate</i>	36	<i>tamsulosin hydrochloride</i>	17
STRIBILD	54	<i>tarina fe 1/20 eq</i>	20
STRIVERDI RESPIMAT	32	TASIGNA	49
<i>subvenite</i>	42	<i>tasimelteon</i>	12
		TAVNEOS	23

ID de formulario: 25502, Versión: 18, Fecha efectiva: 12/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de diciembre de 2025

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

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>taysofy</i>	20	<i>timolol maleate ophthalmic gel forming</i>	26
<i>tazarotene</i>	13	<i>tinidazole</i>	37
<i>tazicef</i>	38	<i>tiopronin dr</i>	17
<i>taztia xt</i>	5	TIVICAY	54
TAZVERIK	49	TIVICAY PD	54
TDVAX	26	<i>tizanidine hcl</i>	3
<i>techlite insulin syringe u-100/0.5ml/30g x 1/2"</i>	33	<i>tizanidine hydrochloride</i>	3
TEFLARO	38	TOBI PODHALER	30
TEKTURN HCT	6	TOBRADEX ST	28
<i>telmisartan</i>	7	<i>tobramycin</i>	28
<i>telmisartan/amlodipine</i>	6	<i>tobramycin sulfate</i>	36
<i>telmisartan/hydrochlorothiazide</i>	6	<i>tobramycin/dexamethasone</i>	28
<i>temazepam</i>	12	<i>tolterodine tartrate</i>	17
TENIVAC	26	<i>tolterodine tartrate er</i>	17
<i>tenofovir disoproxil fumarate</i>	55	<i>topiramate</i>	42
TEPMETKO	50	<i>toremifene citrate</i>	46
<i>terazosin hcl</i>	17	<i>torse mide</i>	8
<i>terazosin hydrochloride</i>	17	TOUJEO MAX SOLOSTAR	61
<i>terbinafine hcl</i>	45	TOUJEO SOLOSTAR	61
<i>terconazole</i>	45	TRACLEER	31
<i>teriflunomide</i>	10	TRADJENTA	60
<i>teriparatide</i>	10	<i>tramadol hydrochloride</i>	35
<i>testosterone</i>	18	<i>tramadol hydrochloride er</i>	34
<i>testosterone cypionate</i>	18	<i>tramadol hydrochloride/acetaminophen</i>	35
<i>testosterone enanthate</i>	18	<i>trandolapril</i>	9
<i>testosterone pump</i>	18	<i>trandolapril/verapamil hcl er</i>	6
TETANUS/DIPHTHERIA TOXOIDS-ADSORBED ADULT	26	<i>tranexamic acid</i>	58
<i>tetrabenazine</i>	12	<i>tranylcypromine sulfate</i>	42
<i>tetracycline hydrochloride</i>	40	TRAVASOL	58
THALOMID	45	<i>travoprost</i>	29
<i>theophylline</i>	32	<i>trazodone hydrochloride</i>	43
<i>theophylline er</i>	32	TRECTOR	44
<i>thioridazine hydrochloride</i>	51	TRELEGY ELLIPTA	30
<i>thiothixene</i>	51	TRESIBA	61
THYROID	21	TRESIBA FLEXTOUCH	61
<i>tiadylt er</i>	5	<i>tretinoin</i>	14
<i>tiagabine hydrochloride</i>	40	<i>tretinoin</i>	50
TIBSOVO	50	<i>tretinoin microsphere</i>	14
TICOVAC	26	TREXALL	25
<i>tigecycline</i>	37	<i>triamcinolone acetanide</i>	15
<i>timolol hemihydrate</i>	26	<i>triamcinolone acetanide</i>	21
<i>timolol maleate</i>	4	<i>triamcinolone acetanide dental paste</i>	12
<i>timolol maleate</i>	26	<i>triamterene</i>	8
		<i>triamterene/hydrochlorothiazide</i>	6
		<i>triazolam</i>	12

ID de formulario: 25502, Versión: 18, Fecha efectiva: 12/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de diciembre de 2025

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

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>trientine hydrochloride</i>	56	VALTOCO 20 MG DOSE	40
<i>trifluoperazine hcl</i>	51	VALTOCO 5 MG DOSE	41
<i>trifluoperazine hydrochloride</i>	51	<i>valtya 1/50</i>	20
<i>trifluridine</i>	28	<i>vancomycin</i>	37
<i>trihexyphenidyl hcl</i>	4	<i>vancomycin hcl</i>	37
<i>trihexyphenidyl hydrochloride</i>	4	<i>vancomycin hydrochloride</i>	37
<i>trimethoprim</i>	37	VANFLYTA	50
<i>trimipramine maleate</i>	43	VAQTA	26
TRINTELLIX	43	<i>varденаfil hydrochloride</i>	17
<i>tri-sprintec</i>	20	<i>varденаfil hydrochloride odt</i>	17
TRITOCIN	15	<i>varenicline starting month</i>	29
TRIUMEQ	55	<i>varenicline tartrate</i>	29
TRIUMEQ PD	55	VARIVAX	26
<i>trivora-28</i>	20	VAXCHORA	26
TRIZIVIR	55	<i>velivet</i>	20
TROPHAMINE	58	VELPHORO	56
<i>tropium chloride</i>	17	VEMLIDY	55
<i>trueplus insulin syringe /u-100/1ml/29g x 1/2"</i>	33	VENCLEXTA	50
<i>trueplus pen needles 29gx12mm</i>	33	VENCLEXTA STARTING PACK	50
TRULICITY	60	<i>venlafaxine hydrochloride</i>	43
TRUMENBA	26	<i>venlafaxine hydrochloride er</i>	43
TRUQAP	50	VENTAVIS	31
TRUSELTIQ	46	VEOZAH	12
TUKYSA	50	<i>verapamil hcl</i>	5
TURALIO	50	<i>verapamil hcl er</i>	5
<i>turqoz</i>	20	<i>verapamil hcl sr</i>	5
TWINRIX	26	<i>verapamil hydrochloride</i>	5
TYBOST	53	<i>verapamil hydrochloride er</i>	5
TYPHIM VI	26	<i>verapamil hydrochloride sr</i>	5
TYRVAYA	29	VERQUVO	9
UBRELVY	4	VERSACLOZ	51
UDENYCA	59	VERZENIO	50
UDENYCA ONBODY	59	VIBRAMYCIN	40
<i>unithroid</i>	21	<i>vigabatrin</i>	41
<i>ursodiol</i>	16	<i>vigadrone</i>	41
<i>valacyclovir hydrochloride</i>	54	VIGAFYDE	41
VALCHLOR	45	<i>vigpoder</i>	41
<i>valganciclovir</i>	53	VIIBRYD STARTER PACK	43
<i>valganciclovir hydrochloride</i>	53	<i>vilazodone hydrochloride</i>	43
<i>valproic acid</i>	42	VIMKUNYA	26
<i>valsartan</i>	7	VIRACEPT	53
<i>valsartan/hydrochlorothiazide</i>	6	VIREAD	55
VALTOCO 10 MG DOSE	40	<i>vitamin d</i>	58
VALTOCO 15 MG DOSE	40	VITRAKVI	50
		VIVITROL	29

ID de formulario: 25502, Versión: 18, Fecha efectiva: 12/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de diciembre de 2025

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

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
VIVOTIF	26	ZARXIO	59
VIZIMPRO	50	ZEJULA	50
VONJO	46	ZELBORAF	50
VORANIGO	47	<i>zelvysia</i>	62
<i>voriconazole</i>	45	ZENATANE	14
VOSEVI	54	ZENPEP	62
VOWST	16	ZEPOSIA	10
VRAYLAR	52	ZEPOSIA 7-DAY STARTER PACK	10
VUMERITY	10	ZEPOSIA STARTER KIT	10
<i>vyfemla</i>	20	<i>zidovudine</i>	55
VYZULTA	29	<i>ziprasidone hcl</i>	52
<i>warfarin sodium</i>	59	<i>ziprasidone mesylate</i>	52
WELIREG	62	ZIRGAN	28
<i>wixela inhub</i>	30	<i>zoledronic acid</i>	10
XALKORI	50	ZOLINZA	47
XARAH FE	20	<i>zolpidem tartrate</i>	12
XARELTO	59	ZONISADE	41
XARELTO STARTER PACK	59	<i>zonisamide</i>	41
XATMEP	25	ZOSYN	39
XCOPRI	41	<i>zovia 1/35</i>	20
XDEMVI	28	ZTALMY	41
XELJANZ	23	ZURZUVAE	42
XELJANZ XR	23	ZYDELIG	50
<i>xelria fe</i>	20	ZYKADIA	50
XERMELO	15	ZYPREXA RELPREVV	52
XGEVA	10		
XIFAXAN	16		
XIGDUO XR	60		
XIIDRA	28		
XOFLUZA	53		
XOLAIR	23		
XOSPATA	50		
XPOVIO	50		
XPOVIO 60 MG TWICE WEEKLY	50		
XPOVIO 80 MG TWICE WEEKLY	50		
XTANDI	45		
<i>xulane</i>	20		
<i>yargesa</i>	62		
YERVOY	45		
YESINTEK	23		
YF-VAX	26		
<i>yuvafem</i>	20		
<i>zafemy</i>	20		
<i>zafirlukast</i>	32		
<i>zaleplon</i>	12		

ID de formulario: 25502, Versión: 18, Fecha efectiva: 12/01/2025

Este formulario se actualizó el 01 de diciembre de 2025

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

a Point32Health company

Multi-language Interpreter Services

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Y0065_2023_138_C_SPA



Este formulario se actualizó el 01 de diciembre de 2025. Para obtener información más reciente o hacer otras preguntas, comuníquese con Servicios para Miembros de Tufts Medicare Preferred HMO al **1-800-701-9000** (los usuarios de TTY deben llamar al 711), de 8 a.m. a 8 p.m., 7 días a la semana desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo y de lunes a viernes, desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, o visite **www.thpmp.org**.



1 Wellness Way
Canton, MA 02021

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

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