



a Point32Health company

Tufts Health Plan Senior Care Options (HMO-SNP)

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

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

Tufts Health Plan Senior Care Options

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

25503 Versión 14

Este formulario se actualizó el 01 de agosto de 2025.

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

H8330_2025_6_C_SPA

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

Introducción

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

Contenidos

A. Avisos legales	iv
B. Preguntas frecuentes (FAQ por sus siglas en inglés)	viii
B1. ¿Qué medicamentos recetados figuran en la <i>Lista de Medicamentos Cubiertos</i> ? (Abreviaremos la <i>Lista de Medicamentos Cubiertos</i> como la “Lista de Medicamentos”). ..	viii
B2. ¿Cambia alguna vez la Lista de Medicamentos?	ix
B3. ¿Qué sucede si hay un cambio en la Lista de Medicamentos?	x
B4. ¿Hay restricciones o límites en la cobertura de medicamentos o se deben tomar medidas para obtener determinados medicamentos?	xi
B5. ¿Cómo sabré si el medicamento que quiero tiene límites o si hay medidas que debo tomar para recibirlo?	xii
B6. ¿Qué sucede si Tufts Health Plan Senior Care Options cambia sus reglas sobre cómo cubre algunos medicamentos (por ejemplo, restricciones de autorización previa, cantidad límite o terapia escalonada)?	xii
B7. ¿Cómo puedo encontrar un medicamento en la lista?	xii
B8. ¿Qué sucede si el medicamento que quiero tomar no está en la lista?	xii
B9. ¿Qué pasa si soy un miembro nuevo de Tufts Health Plan Senior Care Options y no puedo encontrar mi medicamento en la Lista de Medicamentos o tengo un problema para conseguirlo? ..	xiii
B10. ¿Puedo solicitar una excepción para que se cubra mi medicamento?	xiv
B11. ¿Cómo puedo solicitar una excepción?	xiv
B12. ¿Cuánto se tarda en conseguir una excepción?	xiv
B13. ¿Qué son los medicamentos genéricos?	xiv
B14. ¿Qué son los productos biológicos originales y cómo se relacionan con los biosimilares?	xiv
B15. ¿Qué son los medicamentos OTC?	xv
B16. ¿Tufts Health Plan Senior Care Options cubre los productos OTC que no son medicamentos?	xv
B17. ¿Tufts Health Plan Senior Care Options cubre suministros prolongados de medicamentos de venta con receta?	xv
B18. ¿La farmacia de mi localidad puede enviar a mi casa los productos de mi receta?	xvi
B19. ¿Cuál es mi copago?	xvi
C. Descripción general de la <i>Lista de Medicamentos Cubiertos</i>	xvii
C1. Lista de medicamentos por tipo de medicamento	xvii
C2. Cobertura adicional	xix
D. Índice de Medicamentos Cubiertos	64

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



A. Avisos legales

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

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

Servicios de intérprete en varios idiomas

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

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

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

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

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

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

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

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

Si tiene preguntas, llame a Tufts Health Plan Senior Care Options al 1-855-670-5934

(TTY: 711), 7 días a la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. (del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m.). La llamada es gratis. **Para obtener más información,** visite www.thpmp.org/sco-member.

v

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Khmer: យើងមានសេវាកម្មអ្នកបកព្រៃច្បាល់មាតាំងដោយតតិតតិតផ្លូសម្រាប់អ្នក
ដែលត្រូវការសេវាកម្មបកព្រៃ ដើម្បីធ្វើយសំណួររាយអ្នកដែលអ្នកអាចមាន
ទាក់ទងនឹងគ្រប់ម្រាងសុខភាព បុន្ណិសចរបស់យើង។ យើងក៏អាចផ្តល់ជូនអ្នកទូទៅព័ត៌មានជាកាសា
ខ្លួន អក្សរសម្រាប់ជនពិការអ្នក អក្សរពុម្ពដំបូជាអ្នកដែលមែនជាបានដែរ។
គ្រាន់តែហេរូរសញ្ញមកយើងតាមលេខ 1-855-670-5934។ អ្នកដែលនិយាយកាសា ខ្លួន
អាចផ្តល់ជូនអ្នកបាន។ នេះជាសេវាកម្មមិនគឺតិតផ្លូនទេ។

Laotian: ພວກເຮົາມີກຸນບໍລິການນາລພາສາພົនທີ່ມີໃຫ້ສໍາວັບຜູ້ທີ່ຕ້ອງການການບໍລິການການແປ່ງ
ສາ ເພື່ອຕອບຄໍາຖາມທີ່ທ່ານອາດຈະມີກ່ຽວກັບສຸຂະພາບ ຫຼື ແຜນການຢາຂອງພວກເຮົາ. ພວກເຮົາ
ລັງສາມາດໃຫ້ທ່ານເປັນຂໍ້ມູນໃນພາສາລາວ, ຕົວໜັງສືບູນ, ການພິມຂະໜາດໃຫຍ່ ຫຼື ອຸປະບອນື່ງ.
ພູງຈະຕັ້ງໂທຫາພວກເຮົາທີ່ 1-855-670-5934. ຄືນທີ່ເວົາພາສາລາວ ສາມາດຊ່ວຍທ່ານໄດ້.
ນີ້ແມ່ນການບໍລິການພົន.

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

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

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

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

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

Otros medicamentos, como algunos de venta libre (OTC por sus siglas en inglés) y ciertas vitaminas, pueden estar cubiertos por MassHealth. Visite el sitio web de MassHealth en <https://mhd1.pharmacy.services.conduent.com/MHDL> para obtener más información.

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

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

B2. ¿Cambia alguna vez la Lista de Medicamentos?

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

Cuando estos cambios ocurran, haremos lo siguiente:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Hay dos formas de encontrar un medicamento:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

B11. ¿Cómo puedo solicitar una excepción?

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

B12. ¿Cuánto se tarda en conseguir una excepción?

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

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

B13. ¿Qué son los medicamentos genéricos?

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

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

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

Cuando nos referimos a medicamentos, puede tratarse de un fármaco o de un producto biológico. Los productos biológicos son medicamentos que son más complejos que los habituales. Dado que los productos biológicos son más complejos que los medicamentos habituales, en vez de tener una fórmula genérica tienen fórmulas denominadas biosimilares. Los productos biosimilares suelen funcionar tan bien como los productos biológicos originales y pueden costar menos. Existen alternativas biosimilares de algunos productos biológicos originales. Algunos biosimilares son intercambiables y, dependiendo de

las leyes estatales, se pueden sustituir por productos biológicos originales en la farmacia sin necesidad de tener una nueva receta, al igual que los medicamentos genéricos se pueden sustituir por medicamentos de marca.

Para obtener más información sobre los tipos de medicamentos, consulte el Capítulo 5 de la **Evidencia de Cobertura**.

B15. ¿Qué son los medicamentos OTC?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

B19. ¿Cuál es mi copago?

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

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

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

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

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

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

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

C1. Lista de medicamentos por tipo de medicamento

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

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

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

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

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

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

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

Este medicamento recetado está cubierto según nuestro beneficio médico.

PA: Se requiere autorización previa

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

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

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

Esta sección continúa en la página siguiente

Si tiene preguntas, llame a Tufts Health Plan Senior Care Options al 1-855-670-5934

(TTY: 711), 7 días a la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. (del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m.). La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite www.thpmp.org/sco-member.



ST: Se aplica una autorización previa de Terapia Escalonada (ST por sus siglas en inglés)

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

Los miembros que toman actualmente medicamentos que cumplen los criterios iniciales para una terapia escalonada podrán surtir de forma automática sus recetas de medicamentos escalonados. Si el miembro no cumple los criterios iniciales para una Terapia Escalonada, se rechazará la receta en el punto de venta con un mensaje que indicará que se requiere una autorización previa (PA). Los médicos pueden presentar solicitudes de autorización previa a Tufts Health Plan Senior Care Options para los miembros que no cumplen los criterios de Terapia Escalonada en el punto de venta según el proceso de revisión médica.

ST NSO: La autorización previa de Terapia Escalonada se aplica solo para nuevos ingresos.

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

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

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

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

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

Farmacia especializada Optum: 1-844-265-1705

C2. Cobertura adicional

Suministros para pruebas de diabetes

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

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

Vacunas de Part B

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

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

Medicamentos orales contra el cáncer de Part B

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

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

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

Si tiene preguntas, llame a Tufts Health Plan Senior Care Options al 1-855-670-5934

(TTY: 711), 7 días a la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. (del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m.). La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite www.thpmp.org/sco-member.

D. Índice de Medicamentos Cubiertos

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

Tabla de contenidos

Agentes antidepresivos.....	3
Agentes antiespásticos.....	3
Agentes antijaquecosos	3
Agentes antimastéticos.....	4
Agentes antiparkinsonianos	4
Agentes cardiovasculares	4
Agentes de antigout	8
Agentes de la enfermedad inflamatoria intestinal	9
Agentes de las enfermedades óseas metabólicas	9
Agentes del sistema nervioso central	9
Agentes del trastorno del sueño	12
Agentes dentales y orales	12
Agentes dermatológicos	12
Agentes gastrointestinales	15
Agentes genitourinarios.....	16
Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (hipófisis).....	17
Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (hormonas sexuales/modificadores)	17
Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (suprarrenal)	20
Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (tiroides)	20
Agentes hormonales, inhibidor (tiroides).....	21
Agentes hormonales, supresores (suprarrenales o pituitaria).....	21
Agentes inmunológicos	21
Agentes oftálmicos	26
Agentes para la bipolaridad.....	28
Agentes para tratamientos antiadicción/contra la drogadicción	28
Agentes para vías respiratorias/pulmonares.....	29
Agentes Terapéuticos, Misceláneos	32
Agentes óticos.....	33
Analgésicos	34
Anestésicos.....	35
Ansiolíticos	36
Antibacterianos	36
Anticonvulsivos	39
Antidepresivos	41
Antidepressants.....	42
Antieméticos	42
Antimicobacterianos.....	43
Antimicóticos	43
Antineoplásicos.....	44
Antiparasitarios	51
Antipsicóticos	52
Antivírico	53

ID de formulario: 25503, Versión: 14, Fecha efectiva: 08/01/2025

Última actualización: 08/01/2025

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

Electrolitos/minerales/metales/vitaminas	56
Productos y modificadores sanguíneos	59
Reguladores de la glucemia	60
Relajantes musculares esqueléticos	62
Trastorno genético, enzimático o proteico: Reemplazo, modificadores, tratamiento	62

ID de formulario: 25503, Versión: 14, Fecha efectiva: 08/01/2025
Última actualización: 08/01/2025

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

ID de formulario: 25503, Versión: 14, Fecha efectiva: 08/01/2025

Última actualización: 08/01/2025

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 antimastiánicos		
<i>Parasimpaticomiméticos</i>		
pyridostigmine bromide er	1	
pyridostigmine bromide tabs 60mg	1	
Agentes antiparkinsonianos		
<i>Agentes antiparkinsonianos, otros</i>		
carbidopa/levodopa/entacapone	1	
entacapone	1	
<i>Agonistas de la dopamina</i>		
bromocriptine mesylate caps, tabs	1	
KYNMOBI	1	NEDS
pramipexole dihydrochloride	1	
ropinirole er	1	
ropinirole hcl tabs 0.5mg, 1mg, 2mg, 4mg, 5mg	1	
ropinirole hydrochloride tabs 0.25mg, 3mg	1	
<i>Anticolinérgicos</i>		
benztropine mesylate tabs	1	
trihexyphenidyl hcl soln	1	
trihexyphenidyl hydrochloride	1	
<i>Inhibidores de la monoaminooxidasa B (MAO-B)</i>		
rasagiline mesylate tabs	1	
selegiline hcl caps, tabs	1	
<i>Inhibidores de precursores de dopamina o decarboxilasa de L-aminoácidos</i>		
carbidopa/levodopa	1	
carbidopa/levodopa er	1	
carbidopa/levodopa odt	1	
carbidopa tabs	1	
Agentes cardiovasculares		
<i>Agentes bloqueantes adrenérgicos alfa</i>		
prazosin hydrochloride caps	1	
<i>Agentes bloqueantes adrenérgicos beta</i>		
acebutolol hydrochloride	1	
atenolol tabs	1	
bisoprolol fumarate tabs 10mg, 5mg	1	
carvedilol	1	
labetalol hydrochloride tabs 100mg, 200mg, 300mg	1	
metoprolol succinate er	1	
metoprolol tartrate tabs	1	
nadolol tabs 20mg, 40mg, 80mg	1	
nebivolol hydrochloride	1	
pindolol tabs	1	
propranolol hcl soln 40mg/5ml	1	
propranolol hcl tabs 40mg	1	

ID de formulario: 25503, Versión: 14, Fecha efectiva: 08/01/2025

Última actualización: 08/01/2025

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>propranolol hydrochloride er</i>	1	
<i>propranolol hydrochloride soln</i>	1	
<i>propranolol hydrochloride tabs 10mg, 20mg, 60mg, 80mg</i>	1	
Agentes bloqueantes del canal de calcio, dihidropiridinas		
<i>amlodipine besylate tabs</i>	1	
<i>felodipine er</i>	1	
<i>nifedipine er</i>	1	
<i>nimodipine caps</i>	1	
Agentes bloqueantes del canal de calcio, no dihidropiridinas		
<i>cartia xt</i>	1	
<i>dilt-xr</i>	1	
<i>diltiazem hcl cd</i>	1	
<i>diltiazem hcl er cp24 120mg, 180mg, 240mg, 420mg</i>	1	
<i>diltiazem hcl er cp12</i>	1	
<i>diltiazem hcl er tb24 300mg, 360mg, 420mg</i>	1	
<i>diltiazem hcl tabs 30mg, 60mg</i>	1	
<i>diltiazem hydrochloride er cp24</i>	1	
<i>diltiazem hydrochloride er tb24 120mg, 180mg, 240mg, 300mg, 360mg</i>	1	
<i>diltiazem hydrochloride tabs 120mg, 90mg</i>	1	
<i>matzim la</i>	1	
<i>taztia xt</i>	1	
<i>tiadylt er</i>	1	
<i>verapamil hcl er cp24 100mg, 300mg</i>	1	
<i>verapamil hcl er tbcr 120mg</i>	1	
<i>verapamil hcl sr cp24</i>	1	
<i>verapamil hcl tabs 40mg, 80mg</i>	1	
<i>verapamil hydrochloride er cp24</i>	1	
<i>verapamil hydrochloride er tbcr 180mg, 240mg</i>	1	
<i>verapamil hydrochloride tabs 120mg</i>	1	
Agentes cardiovasculares, otros		
<i>aliskiren</i>	1	
<i>amiloride/hydrochlorothiazide</i>	1	
<i>amlodipine besylate/atorvastatin calcium</i>	1	
<i>amlodipine besylate/benazepril hydrochloride</i>	1	
<i>amlodipine besylate/valsartan</i>	1	
<i>amlodipine/olmesartan medoxomil</i>	1	
<i>amlodipine/valsartan/hydrochlorothiazide tabs 10mg; 12.5mg; 160mg, 10mg; 25mg; 160mg, 5mg; 12.5mg; 160mg, 5mg; 25mg; 160mg</i>	1	
<i>atenolol/chlorthalidone</i>	1	
<i>benazepril hydrochloride/hydrochlorothiazide</i>	1	
<i>bisoprolol fumarate/hydrochlorothiazide</i>	1	
<i>candesartan cilexetil/hydrochlorothiazide</i>	1	

ID de formulario: 25503, Versión: 14, Fecha efectiva: 08/01/2025

Última actualización: 08/01/2025

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
CORLANOR	1	
<i>enalapril maleate/hydrochlorothiazide</i>	1	
ENTRESTO	1	
<i>fosinopril sodium/hydrochlorothiazide</i>	1	
<i>irbesartan/hydrochlorothiazide</i>	1	
<i>ivabradine hydrochloride</i>	1	
<i>lisinopril/hydrochlorothiazide</i>	1	
<i>losartan potassium/hydrochlorothiazide</i>	1	
<i>metoprolol/hydrochlorothiazide</i>	1	
<i>metyrosine</i>	1	NEDS
<i>olmesartan medoxomil/amlodipine/hydrochlorothiazide</i>	1	
<i>olmesartan medoxomil/hydrochlorothiazide</i>	1	
<i>pentoxifylline er</i>	1	
<i>quinapril/hydrochlorothiazide</i>	1	
<i>ranolazine er</i>	1	
<i>spironolactone/hydrochlorothiazide</i>	1	
TEKTURN HCT TABS 150MG; 12.5MG, 300MG; 12.5MG, 300MG; 25MG	1	
<i>telmisartan/amlodipine</i>	1	
<i>telmisartan/hydrochlorothiazide</i>	1	
<i>trandolapril/verapamil hcl er</i>	1	
<i>triamterene/hydrochlorothiazide caps 25mg; 37.5mg</i>	1	
<i>triamterene/hydrochlorothiazide tabs</i>	1	
<i>valsartan/hydrochlorothiazide</i>	1	
Agonistas adrenérgicos alfa		
<i>clonidine</i>	1	
<i>clonidine hydrochloride tabs</i>	1	
<i>droxidopa</i>	1	PA; NEDS
<i>midodrine hydrochloride</i>	1	
Antagonistas de los receptores de la angiotensina II		
<i>candesartan cilexetil</i>	1	
<i>irbesartan</i>	1	
<i>losartan potassium tabs</i>	1	
<i>olmesartan medoxomil tabs</i>	1	
<i>telmisartan</i>	1	
<i>valsartan tabs</i>	1	
Antagonistas de los receptores de mineralocorticoides		
<i>eplerenone</i>	1	
KERENDIA TABS 10MG, 20MG	1	PA
<i>spironolactone tabs</i>	1	
Antiarrítmicos		
<i>amiodarone hydrochloride tabs</i>	1	
<i>digitek tabs 0.125mg, 0.25mg</i>	1	
<i>digoxin oral soln</i>	1	

ID de formulario: 25503, Versión: 14, Fecha efectiva: 08/01/2025

Última actualización: 08/01/2025

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>digoxin inj 0.25mg/ml</i>	1	
<i>digoxin tabs 125mcg, 250mcg</i>	1	
DOFETILIDE CAPS 125MCG	1	
<i>dofetilide caps 250mcg, 500mcg</i>	1	
<i>flecainide acetate</i>	1	
<i>mexiletine hydrochloride caps</i>	1	
MULTAQ	1	
<i>propafenone hcl</i>	1	
<i>propafenone hydrochloride er</i>	1	
<i>propafenone hydrochloride tabs 300mg</i>	1	
<i>quinidine gluconate cr</i>	1	
<i>quinidine gluconate er</i>	1	
<i>quinidine sulfate tabs</i>	1	
<i>sorine</i>	1	
<i>sotalol hcl tabs 120mg, 160mg, 240mg</i>	1	
<i>sotalol hydrochloride (af)</i>	1	
<i>sotalol hydrochloride tabs 80mg</i>	1	
Dislipidémicos, derivados del ácido fíbrico		
<i>fenofibrate micronized caps 134mg, 200mg, 67mg</i>	1	
<i>fenofibrate caps 130mg, 150mg, 43mg, 50mg</i>	1	
<i>fenofibrate tabs 145mg, 160mg, 48mg, 54mg</i>	1	
<i>fenofibric acid dr</i>	1	
<i>gemfibrozil tabs</i>	1	
Dislipidémicos, inhibidores de la HMG CoA reductasa		
<i>atorvastatin calcium</i>	1	
FLOLIPID	1	
<i>fluvastatin</i>	1	
<i>fluvastatin sodium er</i>	1	
<i>lovastatin tabs</i>	1	
<i>pitavastatin calcium</i>	1	
<i>pravastatin sodium</i>	1	
<i>rosuvastatin calcium tabs</i>	1	
<i>simvastatin tabs</i>	1	
Dislipidémicos, otros		
<i>cholestyramine light</i>	1	
<i>cholestyramine pack, powd</i>	1	
<i>colestipol hydrochloride</i>	1	
<i>ezetimibe</i>	1	
<i>ezetimibe/simvastatin</i>	1	
<i>icosapent ethyl</i>	1	
<i>niacin er</i>	1	
<i>omega-3-acid ethyl esters</i>	1	
PRALUENT	1	PA
<i>prevalite</i>	1	

ID de formulario: 25503, Versión: 14, Fecha efectiva: 08/01/2025

Última actualización: 08/01/2025

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
REPATHA	1	PA
REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM	1	PA
REPATHA SURECLICK	1	PA
Diuréticos, ahorrador de potasio		
amiloride hcl tabs	1	
triamterene caps	1	
Diuréticos, evacuación		
bumetanide inj, tabs	1	
ethacrynic acid tabs	1	
furosemide inj, oral soln, tabs	1	
torsemide tabs	1	
Diuréticos, tiazida		
chlorthalidone tabs 25mg, 50mg	1	
hydrochlorothiazide caps, tabs	1	
indapamide tabs	1	
metolazone	1	
Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (ACE)		
benazepril hydrochloride tabs	1	
captopril tabs	1	
enalapril maleate tabs	1	
fosinopril sodium	1	
lisinopril tabs	1	
moexipril hydrochloride	1	
perindopril erbumine	1	
quinapril hydrochloride	1	
ramipril	1	
trandolapril	1	
Inhibidores del cotransportador 2 de sodio-glucosa (sodium-glucose co-transporter 2 inhibitors, SGLT		
FARXIGA	1	
JARDIANCE	1	
Vasodilatadores, acción directa a nivel arterial/venoso		
isosorbide dinitrate tabs	1	
isosorbide mononitrate	1	
isosorbide mononitrate er	1	
nitroglycerin transdermal	1	
nitroglycerin soln 0.4mg/spray	1	
nitroglycerin subl 0.3mg, 0.4mg, 0.6mg	1	
VERQUVO	1	
Vasodilatadores, acción directa a nivel arterial		
hydralazine hydrochloride tabs	1	
minoxidil tabs	1	
Agentes de antigout		
Agentes de antigout		

ID de formulario: 25503, Versión: 14, Fecha efectiva: 08/01/2025

Última actualización: 08/01/2025

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

ID de formulario: 25503, Versión: 14, Fecha efectiva: 08/01/2025

Última actualización: 08/01/2025

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
AVONEX INJ 30MCG/0.5ML	1	NEDS; SP-Optum Specialty
BETASERON	1	NEDS; SP-Optum Specialty
<i>dalfampridine er</i>	1	SP-Optum Specialty
<i>dimethyl fumarate</i>	1	SP-Optum Specialty
<i>fingolimod hydrochloride</i>	1	NEDS
<i>glatiramer acetate inj 40mg/ml</i>	1	QL(12 ML por 28 días); NEDS
<i>glatiramer acetate inj 20mg/ml</i>	1	QL(30 ML por 30 días); NEDS
KESIMPTA	1	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
MAYZENT	1	NEDS; SP-Optum Specialty
MAYZENT STARTER PACK TBPK 0.25MG	1	NEDS; SP-Optum Specialty
MAYZENT STARTER PACK TBPK 0.25MG	1	SP-Optum Specialty
PLEGRIDY	1	NEDS; SP-Optum Specialty
PLEGRIDY STARTER PACK	1	NEDS; SP-Optum Specialty
REBIF	1	ST; NEDS; SP-Optum Specialty
REBIF REBIDOSE	1	ST; NEDS; SP-Optum Specialty
REBIF REBIDOSE TITRATION PACK	1	ST; NEDS; SP-Optum Specialty
REBIF TITRATION PACK	1	ST; NEDS; SP-Optum Specialty
<i>teriflunomide</i>	1	
VUMERTY	1	NEDS; SP-Optum Specialty
ZEPOSIA	1	NEDS
ZEPOSIA 7-DAY STARTER PACK	1	NEDS
ZEPOSIA STARTER KIT	1	NEDS
<i>Agentes de fibromialgia</i>		
SAVELLA	1	
SAVELLA TITRATION PACK	1	
<i>Agentes para el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, anfetaminas</i>		
<i>amphetamine/dextroamphetamine</i>	1	
<i>dextroamphetamine sulfate er</i>	1	

ID de formulario: 25503, Versión: 14, Fecha efectiva: 08/01/2025

Última actualización: 08/01/2025

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

ID de formulario: 25503, Versión: 14, Fecha efectiva: 08/01/2025

Última actualización: 08/01/2025

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
RADICAVA ORS	1	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
RADICAVA ORS STARTER KIT	1	PA; NEDS
<i>riluzole</i>	1	
<i>tetrabenazine</i>	1	PA; SP-Optum Specialty
VEOZAH	1	QL(30 EA por 30 días); PA
Agentes del trastorno del sueño		
Agentes estimulantes de insomnio		
<i>armodafinil</i>	1	PA
<i>modafinil tabs</i>	1	PA
SODIUM OXYBATE	1	PA; NEDS
Agentes somníferos		
BELSOMRA	1	
<i>eszopiclone</i>	1	
<i>flurazepam hcl</i>	1	
<i>flurazepam hydrochloride</i>	1	
<i>ramelteon</i>	1	QL(30 EA por 30 días)
<i>tasimelteon</i>	1	PA; NEDS
<i>temazepam caps 15mg, 30mg, 7.5mg</i>	1	
<i>triazolam</i>	1	
<i>zaleplon</i>	1	
<i>zolpidem tartrate tabs</i>	1	
Agentes dentales y orales		
Agentes dentales y orales		
<i>cevimeline hydrochloride</i>	1	
<i>chlorhexidine gluconate</i>	1	
<i>kourzeq</i>	1	
<i>lidocaine hydrochloride viscous</i>	1	
<i>lidocaine viscous</i>	1	
<i>oralone dental paste</i>	1	
<i>periogard</i>	1	
<i>pilocarpine hydrochloride tabs 5mg, 7.5mg</i>	1	
<i>sf 5000 plus</i>	1	
<i>sodium fluoride</i>	1	
<i>sodium fluoride 5000 plus</i>	1	
<i>sodium fluoride 5000 ppm</i>	1	
<i>triamcinolone acetonide dental paste</i>	1	
Agentes dermatológicos		
Agentes dermatológicos, otros		
<i>calcipotriene crea, oint</i>	1	QL(120 GM por 30 días)
<i>calcipotriene soln</i>	1	QL(120 ML por 30 días)
<i>calcitriol oint 3mcg/gm</i>	1	
<i>clotrimazole/betamethasone dipropionate</i>	1	

ID de formulario: 25503, Versión: 14, Fecha efectiva: 08/01/2025

Última actualización: 08/01/2025

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

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

ID de formulario: 25503, Versión: 14, Fecha efectiva: 08/01/2025

Última actualización: 08/01/2025

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

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

ID de formulario: 25503, Versión: 14, Fecha efectiva: 08/01/2025

Última actualización: 08/01/2025

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

ID de formulario: 25503, Versión: 14, Fecha efectiva: 08/01/2025

Ultima actualización: 08/01/2025

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

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

ID de formulario: 25503, Versión: 14, Fecha efectiva: 08/01/2025

Última actualización: 08/01/2025

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

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

ID de formulario: 25503, Versión: 14, Fecha efectiva: 08/01/2025

Última actualización: 08/01/2025

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>dotti</i>	1	
<i>drospirenone/ethinyl estradiol tabs 3mg; 0.03mg</i>	1	
<i>eluryng</i>	1	
<i>enilloring</i>	1	
<i>estradiol valerate inj</i>	1	
<i>estradiol/norethindrone acetate</i>	1	
<i>estradiol crea, pttw, ptwk, oral tabs, vaginal tabs</i>	1	
ESTRING	1	
<i>etonogestrel/ethinyl estradiol</i>	1	
<i>falmina</i>	1	
FEIRZA 1.5/30	1	
FEIRZA 1/20	1	
<i>finzala</i>	1	
<i>fyavolv</i>	1	
<i>haloette</i>	1	
<i>iclevia</i>	1	
IMVEXXY MAINTENANCE PACK	1	
IMVEXXY STARTER PACK	1	
<i>introvale</i>	1	
<i>jaimiess</i>	1	
<i>jinteli</i>	1	
<i>joyeaux</i>	1	
<i>junel 1.5/30</i>	1	
<i>junel 1/20</i>	1	
<i>junel fe 1.5/30</i>	1	
<i>junel fe 1/20</i>	1	
<i>junel fe 24</i>	1	
<i>kariva</i>	1	
<i>kelnor 1/35</i>	1	
<i>larin 1.5/30</i>	1	
<i>larin 1/20</i>	1	
<i>larin fe 1.5/30</i>	1	
<i>larin fe 1/20</i>	1	
<i>lessina</i>	1	
<i>levonest</i>	1	
<i>levonorgestrel and ethinyl estradiol tabs 20mcg; 90mcg</i>	1	
<i>levonorgestrel/ethinyl estradiol</i>	1	
<i>levora 0.15/30-28</i>	1	
<i>lojaimiess</i>	1	
<i>marlissa</i>	1	
<i>mibelas 24 fe</i>	1	
<i>microgestin 1.5/30</i>	1	
<i>microgestin 1/20</i>	1	
<i>microgestin fe 1.5/30</i>	1	

ID de formulario: 25503, Versión: 14, Fecha efectiva: 08/01/2025

Última actualización: 08/01/2025

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>microgestin fe 1/20</i>	1	
<i>minzoya</i>	1	
<i>necon 0.5/35-28</i>	1	
<i>nikki</i>	1	
<i>norelgestromin/ethinyl estradiol</i>	1	
<i>norethindrone acetate/ethinyl estradiol/ferrous fumarate tabs 0; 75mg; 1mg</i>	1	
<i>norethindrone acetate/ethinyl estradiol tabs 2.5mcg; 0.5mg, 5mcg; 1mg</i>	1	
<i>nortrel 0.5/35 (28)</i>	1	
<i>nortrel 1/35</i>	1	
<i>nortrel 7/7/7</i>	1	
<i>portia-28</i>	1	
PREMARIN CREA	1	
PREMARIN TABS 0.3MG, 0.45MG, 0.625MG, 0.9MG, 1.25MG	1	
PREMPHASE	1	
<i>rosyrah</i>	1	
<i>tarina fe 1/20 eq</i>	1	
<i>taysofy</i>	1	
<i>tri-sprintec</i>	1	
<i>trivora-28</i>	1	
<i>turqoz</i>	1	
<i>valtya 1/50</i>	1	
<i>velivet</i>	1	
<i>vyfemla</i>	1	
XARAH FE	1	
<i>xelria fe</i>	1	
<i>xulane</i>	1	
<i>yuvafem</i>	1	
<i>zafemy</i>	1	
<i>zovia 1/35</i>	1	
Progestinas		
<i>camila</i>	1	
<i>deblitane</i>	1	
DEPO-SUBQ PROVERA 104	1	
<i>errin</i>	1	
<i>gallifrey</i>	1	
<i>heather</i>	1	
LILETTA	1	
<i>medroxyprogesterone acetate inj, tabs</i>	1	
<i>megestrol acetate susp, tabs</i>	1	
NEXPLANON	1	
<i>norethindrone acetate tabs</i>	1	

ID de formulario: 25503, Versión: 14, Fecha efectiva: 08/01/2025

Última actualización: 08/01/2025

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>progesterone caps</i>	1	
<i>sharobel</i>	1	
Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (suprarrenal)		
<i>Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (suprarrenal)</i>		
<i>DEPO-MEDROL</i>	1	
<i>dexamethasone</i>	1	
<i>dexamethasone intensol</i>	1	
<i>dexamethasone sodium phosphate +rfid</i>	1	
<i>dexamethasone sodium phosphate inj 100mg/10ml, 10mg/ml, 120mg/30ml, 20mg/5ml, 4mg/ml</i>	1	
<i>fludrocortisone acetate</i>	1	
<i>hydrocortisone sodium succinate</i>	1	
<i>hydrocortisone tabs 10mg, 20mg, 5mg</i>	1	
<i>kenalog-10</i>	1	
<i>methylprednisolone</i>	1	
<i>methylprednisolone acetate</i>	1	
<i>methylprednisolone dose pack</i>	1	
<i>prednisolone</i>	1	
<i>prednisolone sodium phosphate oral soln 10mg/5ml, 15mg/5ml, 20mg/5ml, 25mg/5ml, 5mg/5ml</i>	1	
<i>prednisone</i>	1	
<i>SOLU-CORTEF</i>	1	
<i>triamcinolone acetonide inj 40mg/ml</i>	1	
Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (tiroídes)		
<i>Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (tiroídes)</i>		
<i>ADTHYZA</i>	1	
<i>ARMOUR THYROID</i>	1	
<i>euthyrox</i>	1	
<i>levo-t</i>	1	
<i>levothyroxine sodium</i>	1	
<i>levoxyl</i>	1	
<i>liothyronine sodium</i>	1	
<i>NIVA THYROID</i>	1	
<i>np thyroid 120</i>	1	
<i>np thyroid 15</i>	1	
<i>np thyroid 30</i>	1	
<i>np thyroid 60</i>	1	
<i>np thyroid 90</i>	1	
<i>SYNTHROID</i>	1	
<i>THYROID</i>	1	

ID de formulario: 25503, Versión: 14, Fecha efectiva: 08/01/2025

Última actualización: 08/01/2025

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>unithroid</i>	1	
Agentes hormonales, inhibidor (tiroides)		
Agentes antitiroideos		
<i>methimazole tabs 10mg, 5mg</i>	1	
<i>propylthiouracil tabs</i>	1	
Agentes hormonales, supresores (suprarrenales o pituitaria)		
Hormonal Agents, Suppressant (Adrenal or Pituitary)		
<i>cabergoline</i>	1	
ELIGARD	1	
FIRMAGON INJ 80MG	1	
FIRMAGON INJ 120MG/VIAL	1	NEDS
KORLYM	1	QL(120 EA por 30 días); PA; NEDS
<i>lanreotide acetate</i>	1	NEDS
<i>leuprolide acetate</i>	1	SP-Optum Specialty
LUPRON DEPOT (1-MONTH)	1	NEDS
LUPRON DEPOT (3-MONTH)	1	NEDS
LUPRON DEPOT (4-MONTH)	1	NEDS
LUPRON DEPOT (6-MONTH)	1	NEDS
<i>mifepristone</i>	1	QL(120 EA por 30 días); PA; NEDS
<i>octreotide acetate inj 100mcg/ml, 50mcg/ml</i>	1	
<i>octreotide acetate inj 1000mcg/ml</i>	1	NEDS; SP-Optum Specialty
<i>octreotide acetate inj 100mcg/ml, 200mcg/ml, 500mcg/ml, 50mcg/ml</i>	1	SP-Optum Specialty
ORGOVYX	1	PA NSO; NEDS
SIGNIFOR	1	QL(60 ML por 30 días); PA; NEDS
SOMATULINE DEPOT	1	NEDS
SOMAVERT	1	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
SYNAREL	1	NEDS
Agentes inmunológicos		
Agentes inmunológicos, otros		
ARCALYST	1	PA; NEDS
BENLYSTA	1	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
COSENTYX SENSOREADY PEN	1	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
COSENTYX UNOREADY	1	PA; NEDS
COSENTYX INJ 125MG/5ML	1	PA; NEDS
COSENTYX INJ 150MG/ML, 75MG/0.5ML	1	PA; NEDS; SP-Optum Specialty

ID de formulario: 25503, Versión: 14, Fecha efectiva: 08/01/2025

Última actualización: 08/01/2025

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
DUPIXENT	1	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
ORENCIA CLICKJECT	1	QL(4 ML por 28 días); PA; NEDS
ORENCIA INJ 50MG/0.4ML	1	QL(1.6 ML por 28 días); PA; NEDS
ORENCIA INJ 87.5MG/0.7ML	1	QL(2.8 ML por 28 días); PA; NEDS
ORENCIA INJ 125MG/ML	1	QL(4 ML por 28 días); PA; NEDS
OTEZLA TBPK 0	1	QL(110 EA por 365 días); PA; NEDS
RINVOQ	1	QL(30 EA por 30 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
RINVOQ LQ	1	QL(360 ML por 30 días); PA; NEDS
SKYRIZI PEN	1	QL(1 ML por 28 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
SKYRIZI INJ 600MG/10ML	1	PA; NEDS
SKYRIZI INJ 150MG/ML	1	QL(1 ML por 28 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
SKYRIZI INJ 180MG/1.2ML	1	QL(1.2 ML por 28 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
SKYRIZI INJ 360MG/2.4ML	1	QL(2.4 ML por 28 días); PA; NEDS
STEQEYMA INJ 45MG/0.5ML	1	QL(1 ML por 28 días); PA
STEQEYMA INJ 90MG/ML	1	QL(1 ML por 28 días); PA; NEDS
TAVNEOS	1	PA; NEDS
XELJANZ XR	1	QL(30 EA por 30 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
XELJANZ SOLN	1	QL(300 ML por 30 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
XELJANZ TABS	1	QL(60 EA por 30 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
XOLAIR INJ 150MG/ML, 150MG, 300MG/2ML, 75MG/0.5ML	1	PA; NEDS

ID de formulario: 25503, Versión: 14, Fecha efectiva: 08/01/2025

Última actualización: 08/01/2025

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
XOLAIR INJ 150MG/ML	1	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
YESINTEK INJ 45MG/0.5ML	1	QL(1 ML por 28 días); PA
YESINTEK INJ 90MG/ML	1	QL(1 ML por 28 días); PA; NEDS
Agentes para angioedema		
BERINERT	1	PA; NEDS
HAEGARDA	1	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
<i>icatibant acetate</i>	1	QL(18 ML por 30 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
Inmunoestimulantes		
ACTIMMUNE	1	NEDS; SP-Optum Specialty
BESREMI	1	PA NSO; NEDS
PEGASYS INJ 180MCG/ML	1	QL(4 ML por 28 días); NEDS; SP-Optum Specialty
Inmunoglobulinas		
BIVIGAM INJ 10%, 5GM/50ML	1	PA BvD; NEDS; HI
CUVITRU	1	PA BvD; NEDS
FLEBOGAMMA DIF INJ 10GM/100ML, 10GM/200ML, 2.5GM/50ML, 20GM/200ML, 20GM/400ML, 5GM/100ML, 5GM/50ML	1	PA BvD; NEDS; HI
GAMMAGARD LIQUID INJ 10GM/100ML, 2.5GM/25ML, 20GM/200ML, 30GM/300ML, 5GM/50ML	1	PA BvD; NEDS; HI
GAMMAPLEX INJ 10GM/100ML, 10GM/200ML, 20GM/200ML, 20GM/400ML, 5GM/100ML, 5GM/50ML	1	PA BvD; NEDS; HI
HIZENTRA	1	PA BvD; NEDS
OCTAGAM INJ 10GM/100ML, 10GM/200ML, 1GM/20ML, 2.5GM/50ML, 20GM/200ML, 2GM/20ML, 30GM/300ML, 5GM/100ML, 5GM/50ML	1	PA BvD; NEDS; HI
PRIVIGEN	1	PA BvD; NEDS; HI
Inmunosupresores		
<i>azathioprine tabs</i>	1	PA BvD
<i>cyclosporine modified</i>	1	PA BvD
<i>cyclosporine caps 100mg, 25mg</i>	1	PA BvD
ENBREL MINI	1	QL(8 ML por 28 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
ENBREL SURECLICK	1	QL(8 ML por 28 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty

ID de formulario: 25503, Versión: 14, Fecha efectiva: 08/01/2025

Última actualización: 08/01/2025

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
ENBREL INJ 50MG/ML	1	QL(8 ML por 28 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
ENBREL INJ 25MG/0.5ML	1	QL(8.16 ML por 28 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
ENVARSUS XR TB24 0.75MG, 1MG	1	PA BvD
ENVARSUS XR TB24 4MG	1	PA BvD; NEDS
<i>everolimus tabs 0.25mg, 0.5mg, 0.75mg, 1mg</i>	1	QL(60 EA por 30 días); PA BvD; NEDS
GENGRAF SOLN	1	PA BvD
<i>gengraf caps 100mg, 25mg</i>	1	PA BvD
HUMIRA PEDIATRIC CROHNS DISEASE STARTER PACK INJ 0, 80MG/0.8ML	1	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
HUMIRA PEN-CD/UC/HS STARTER	1	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
HUMIRA PEN-PEDIATRIC UC STARTER PACK	1	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
HUMIRA PEN-PS/UV STARTER	1	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
HUMIRA PEN INJ 80MG/0.8ML	1	QL(4 EA por 28 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
HUMIRA PEN INJ 40MG/0.4ML, 40MG/0.8ML	1	QL(6 EA por 28 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
HUMIRA INJ 10MG/0.1ML, 20MG/0.2ML, 40MG/0.4ML, 40MG/0.8ML	1	QL(6 EA por 28 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
JYLAMVO	1	NEDS
<i>leflunomide</i>	1	
<i>methotrexate sodium tabs</i>	1	
<i>methotrexate sodium inj 1gm/40ml, 250mg/10ml, 50mg/2ml</i>	1	
<i>methotrexate inj 50mg/2ml</i>	1	
<i>mycophenolate mofetil caps, tabs</i>	1	PA BvD
<i>mycophenolate mofetil susr</i>	1	PA BvD; NEDS
<i>mycophenolic acid dr</i>	1	PA BvD
NULOJIX	1	NEDS
PEGASYS INJ 180MCG/0.5ML	1	QL(4 ML por 28 días); NEDS; SP-Optum Specialty
PROGRAF PACK	1	PA BvD
REZUROCK	1	PA; NEDS
<i>sirolimus tabs</i>	1	PA BvD

ID de formulario: 25503, Versión: 14, Fecha efectiva: 08/01/2025

Última actualización: 08/01/2025

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>sirolimus soln</i>	1	PA BvD; NEDS
<i>tacrolimus caps 0.5mg, 1mg, 5mg</i>	1	PA BvD
TREXALL	1	
XATMEP	1	
Vacunas		
ABRYSVO	1	
ACTHIB INJ 0	1	
ADACEL	1	
AREXVY	1	
BCG VACCINE INJ 50MG	1	
BEXSERO	1	
BOOSTRIX	1	
DAPTACEL INJ 15LF/0.5ML; 23MCG/0.5ML; 5LF/0.5ML	1	
DENGVAXIA	1	
<i>diphtheria/tetanus toxoids adsorbed pediatric</i>	1	
ENGERIX-B	1	PA BvD
GARDASIL 9	1	
HAVRIX INJ 1440ELU/ML, 720ELU/0.5ML	1	
HEPLISAV-B	1	PA BvD
HIBERIX	1	
IMOVAX RABIES (H.D.C.V.)	1	
INFANRIX	1	
IPOP INACTIVATED IPV	1	
IXCHIQ	1	
IXIARO	1	
JYNNEOS	1	
KINRIX INJ 25LFU/0.5ML; 58MCG/0.5ML; 0; 10LFU/0.5ML	1	
M-M-R II	1	
MENACTRA	1	
MENQUADFI	1	
MENVEO	1	
MRESVIA	1	
PEDIARIX INJ 25LFU/0.5ML; 10MCG/0.5ML; 58MCG/0.5ML; 0; 10LFU/0.5ML	1	
PEDVAX HIB INJ 7.5MCG/0.5ML	1	
PENBRAYA	1	
PENTACEL	1	
PREHEVBARIO	1	PA BvD
PRIORIX	1	
PROQUAD	1	
QUADRACEL	1	
RABAVERT	1	
RECOMBIVAX HB	1	PA BvD

ID de formulario: 25503, Versión: 14, Fecha efectiva: 08/01/2025

Última actualización: 08/01/2025

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
ROTARIX	1	
ROTATEQ SOLN	1	
SHINGRIX	1	
STAMARIL	1	
<i>tdvax</i>	1	
TENIVAC	1	
TETANUS/DIPHTHERIA TOXOIDS-ADSORBED ADULT	1	
TICOVAC	1	
TRUMENBA	1	
TWINRIX	1	
TYPHIM VI	1	
VAQTA	1	
VARIVAX	1	
VAXCHORA	1	
VIMKUNYA	1	
VIVOTIF	1	
YF-VAX	1	
Agentes oftálmicos		
Agentes oftálmicos antialérgicos		
<i>ALOCRIL</i>	1	
<i>azelastine hcl ophthalmic soln 0.05%</i>	1	
<i>bepotastine besilate</i>	1	
<i>cromolyn sodium soln 4%</i>	1	
<i>epinastine hcl</i>	1	
<i>olopatadine hydrochloride</i>	1	
Agentes oftálmicos bloqueantes beta adrenérgicos		
<i>betaxolol hcl</i>	1	
BETIMOL	1	
<i>carteolol hcl</i>	1	
<i>levobunolol hcl soln 0.5%</i>	1	
<i>timolol hemihydrate</i>	1	
<i>timolol maleate ophthalmic gel forming</i>	1	
<i>timolol maleate soln 0.25%, 0.5%</i>	1	
Agentes oftálmicos para la disminución de la presión intraocular, otros		
<i>acetazolamide</i>	1	
<i>acetazolamide er</i>	1	
ALPHAGAN P SOLN 0.1%	1	
<i>apraclonidine</i>	1	
<i>brimonidine tartrate</i>	1	
<i>brinzolamide</i>	1	
<i>dorzolamide hydrochloride</i>	1	
<i>methazolamide tabs</i>	1	
PHOSPHOLINE IODIDE SOLR 0.125%	1	

ID de formulario: 25503, Versión: 14, Fecha efectiva: 08/01/2025

Última actualización: 08/01/2025

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>pilocarpine hcl soln 1%, 2%, 4%</i>	1	
<i>pilocarpine hydrochloride soln 1%, 2%, 4%</i>	1	
RHOPRESSA	1	
Agentes oftálmicos, otros		
<i>atropine sulfate soln 1%</i>	1	
<i>bacitracin/polymyxin b</i>	1	
<i>brimonidine tartrate/timolol maleate</i>	1	
<i>cyclopentolate hcl soln 2%</i>	1	
<i>cyclopentolate hydrochloride</i>	1	
<i>cyclosporine emul 0.05%</i>	1	
CYSTARAN	1	NEDS
<i>dorzolamide hcl/timolol maleate</i>	1	
<i>dorzolamide hydrochloride/timolol maleate pf</i>	1	
<i>neo-polycin</i>	1	
<i>neo-polycin hc</i>	1	
<i>neomycin/bacitracin/polymyxin</i>	1	
<i>neomycin/polymyxin/bacitracin zinc oint 400unit/gm; 3.5mg/gm; 10000unit/gm</i>	1	
<i>neomycin/polymyxin/bacitracin/hydrocortisone</i>	1	
<i>neomycin/polymyxin/dexamethasone</i>	1	
<i>neomycin/polymyxin/gramicidin</i>	1	
<i>neomycin/polymyxin/hydrocortisone ophthalmic susp 1%; 3.5mg/ml; 10000unit/ml</i>	1	
<i>polycin</i>	1	
<i>polymyxin b sulfate(trimethoprim sulfate)</i>	1	
RESTASIS	1	
RESTASIS MULTIDOSE	1	
ROCKLATAN	1	
SIMBRINZA	1	
<i>sulfacetamide sodium/prednisolone sodium phosphate</i>	1	
TOBRADEX ST	1	
<i>tobramycin/dexamethasone</i>	1	
IIDRA	1	
Antiinfecciosos oftálmicos		
<i>bacitracin</i>	1	
BESIVANCE	1	
<i>ciprofloxacin hydrochloride soln 0.3%</i>	1	
<i>erythromycin oint 5mg/gm</i>	1	
<i>gatifloxacin</i>	1	
<i>gentak oint</i>	1	
<i>gentamicin sulfate ophthalmic soln 0.3%</i>	1	
<i>levofloxacin ophthalmic soln 1.5%</i>	1	
<i>moxifloxacin hydrochloride soln 0.5%</i>	1	
NATACYN	1	

ID de formulario: 25503, Versión: 14, Fecha efectiva: 08/01/2025

Última actualización: 08/01/2025

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>ofloxacin ophthalmic soln 0.3%</i>	1	
<i>sulfacetamide sodium oint 10%</i>	1	
<i>sulfacetamide sodium soln 10%</i>	1	
<i>tobramycin</i>	1	
<i>trifluridine</i>	1	
XDEMVY	1	PA; NEDS
ZIRGAN	1	
Antiinflamatorios oftálmicos		
<i>bromfenac</i>	1	
<i>bromfenac sodium</i>	1	
BROMSITE	1	
<i>dexamethasone sodium phosphate ophthalmic soln 0.1%</i>	1	
<i>diclofenac sodium ophthalmic soln 0.1%</i>	1	
<i>difluprednate</i>	1	
FLAREX	1	
<i>fluorometholone</i>	1	
<i>flurbiprofen sodium</i>	1	
ILEVRO	1	
<i>ketorolac tromethamine</i>	1	
LOTEMAX OINT	1	
<i>loteprednol etabonate</i>	1	
<i>prednisolone acetate</i>	1	
<i>prednisolone sodium phosphate ophthalmic soln 1%</i>	1	
PROLENSA	1	
Análogos oftálmicos de prostaglandinas y prostamidas		
<i>bimatoprost</i>	1	
<i>latanoprost soln</i>	1	
LUMIGAN	1	
<i>tafluprost</i>	1	
<i>travoprost</i>	1	
VYZULTA	1	
Agentes para la bipolaridad		
Estabilizadores del estado de ánimo		
<i>lithium</i>	1	
<i>lithium carbonate er</i>	1	
<i>lithium carbonate caps, tabs</i>	1	
Agentes para tratamientos antiadicción/contra la drogadicción		
Agentes para dejar de fumar		
<i>bupropion hydrochloride er (sr) tb12 150mg</i>	1	
NICOTROL INHALER	1	
NICOTROL NS	1	
TYRVAYA	1	
<i>varenicline starting month</i>	1	QL(53 EA por 28 días)
<i>varenicline tartrate</i>	1	QL(60 EA por 30 días)

ID de formulario: 25503, Versión: 14, Fecha efectiva: 08/01/2025

Última actualización: 08/01/2025

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 que revierten los opioides		
<i>naloxone hcl inj 4mg/10ml</i>	1	
<i>naloxone hydrochloride liqd</i>	1	QL(4 EA por 30 días)
<i>naloxone hydrochloride inj 0.4mg/ml, 2mg/2ml, 4mg/10ml</i>	1	
OPVEE	1	QL(4 EA por 30 días)
Dependencia de opioides		
<i>buprenorphine hcl/naloxone hcl subl 2mg; 0.5mg</i>	1	QL(360 EA por 30 días)
<i>buprenorphine hcl/naloxone hcl subl 8mg; 2mg</i>	1	QL(90 EA por 30 días)
<i>buprenorphine hcl subl 2mg</i>	1	QL(360 EA por 30 días)
<i>buprenorphine hcl subl 8mg</i>	1	QL(90 EA por 30 días)
<i>buprenorphine hydrochloride/naloxone hydrochloride film 4mg; 1mg</i>	1	QL(180 EA por 30 días)
<i>buprenorphine hydrochloride/naloxone hydrochloride film 2mg; 0.5mg</i>	1	QL(360 EA por 30 días)
<i>buprenorphine hydrochloride/naloxone hydrochloride film 12mg; 3mg, 8mg; 2mg</i>	1	QL(90 EA por 30 días)
Disuasivos del alcohol/diminución del deseo		
<i>acamprosate calcium dr</i>	1	
<i>disulfiram tabs</i>	1	
<i>naltrexone hydrochloride tabs</i>	1	
VIVITROL	1	NEDS
Agentes para vías respiratorias/pulmonares		
Agentes del tracto respiratorio, otros		
<i>acetylcysteine soln</i>	1	PA BvD
ANORO ELLIPTA	1	QL(180 EA por 90 días)
BEVESPI AEROSPHERE	1	QL(10.7 GM por 30 días)
BREO ELLIPTA	1	QL(180 EA por 90 días)
BREYNA	1	QL(30.9 GM por 90 días)
BREZTRI AEROSPHERE	1	QL(32.1 GM por 90 días)
BRONCHITOL	1	NEDS
COMBIVENT RESPIMAT	1	QL(24 GM por 90 días)
FASENRA PEN	1	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
FASENRA INJ 10MG/0.5ML	1	PA
FASENRA INJ 30MG/ML	1	PA; NEDS
<i>fluticasone propionate/salmeterol diskus</i>	1	QL(180 EA por 90 días)
<i>fluticasone propionate/salmeterol aepb 500mcg/act; 50mcg/act</i>	1	QL(180 EA por 90 días)
<i>fluticasone propionate/salmeterol aepb 113mcg/act; 14mcg/act, 232mcg/act; 14mcg/act, 55mcg/act; 14mcg/act</i>	1	QL(3 EA por 90 días)
<i>ipratropium bromide/albuterol sulfate</i>	1	PA BvD
STIOLTO RESPIMAT	1	QL(12 GM por 90 días)
TRELEGY ELLIPTA	1	QL(180 EA por 90 días)
wixela inhub	1	QL(180 EA por 90 días)

ID de formulario: 25503, Versión: 14, Fecha efectiva: 08/01/2025

Última actualización: 08/01/2025

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
Agentes para fibrosis pulmonar		
OFEV	1	QL(60 EA por 30 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
<i>pirfenidone caps</i>	1	QL(270 EA por 30 días); PA; NEDS
<i>pirfenidone tabs 534mg</i>	1	QL(135 EA por 30 días); PA; NEDS
<i>pirfenidone tabs 267mg</i>	1	QL(270 EA por 30 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
<i>pirfenidone tabs 801mg</i>	1	QL(90 EA por 30 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
Agentes para fibrosis quística		
CAYSTON	1	PA; NEDS
KALYDECO TABS	1	QL(56 EA por 28 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
KALYDECO PACK 13.4MG, 5.8MG	1	QL(56 EA por 28 días); PA; NEDS
KALYDECO PACK 25MG, 50MG, 75MG	1	QL(56 EA por 28 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
ORKAMBI TABS	1	QL(112 EA por 28 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
ORKAMBI PACK 94MG; 75MG	1	QL(56 EA por 28 días); PA; NEDS
ORKAMBI PACK 125MG; 100MG, 188MG; 150MG	1	QL(56 EA por 28 días); PA; NEDS; SP-Optum Specialty
PULMOZYME	1	PA BvD; NEDS; SP-Optum Specialty
TOBI PODHALER	1	NEDS; SP-Optum Specialty
Antihipertensivos pulmonares		
ADEMPAS	1	PA; NEDS
<i>alyq</i>	1	PA; SP-Optum Specialty
<i>ambrisentan</i>	1	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
<i>bosentan</i>	1	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
OPSUMIT	1	PA; NEDS

ID de formulario: 25503, Versión: 14, Fecha efectiva: 08/01/2025

Última actualización: 08/01/2025

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
ORENITRAM TITRATION KIT MONTH 1	1	PA; NEDS
ORENITRAM TITRATION KIT MONTH 2	1	PA; NEDS
ORENITRAM TITRATION KIT MONTH 3	1	PA; NEDS
ORENITRAM TBCR 0.125MG, 0.25MG, 1MG, 2.5MG	1	PA
ORENITRAM TBCR 5MG	1	PA; NEDS
<i>sildenafil citrate tabs</i>	1	PA; SP-Optum Specialty
<i>tadalafil tabs 20mg</i>	1	PA; SP-Optum Specialty
TRACLEER TBSO	1	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
VENTAVIS	1	PA; NEDS
Antihistamínicos		
<i>azelastine hcl nasal soln 0.15%</i>	1	QL(120 ML por 90 días)
<i>azelastine hydrochloride soln 0.1%</i>	1	QL(120 ML por 90 días)
<i>ciproheptadine hcl syrup</i>	1	
<i>ciproheptadine hydrochloride tabs</i>	1	
<i>desloratadine</i>	1	
<i>diphenhydramine hydrochloride inj</i>	1	
<i>hydroxyzine hcl inj 25mg/ml</i>	1	
<i>hydroxyzine hcl tabs 50mg</i>	1	
<i>hydroxyzine hydrochloride syrup</i>	1	
<i>hydroxyzine hydrochloride tabs 10mg, 25mg</i>	1	
<i>hydroxyzine pamoate caps</i>	1	
<i>levocetirizine dihydrochloride tabs</i>	1	
Antiinflamatorios, corticosteroides inhalados		
<i>budesonide susp 0.25mg/2ml, 0.5mg/2ml, 1mg/2ml</i>	1	PA BvD
FLOVENT DISKUS AEPB 100MCG/BLIST	1	QL(180 EA por 90 días); ST
FLOVENT DISKUS AEPB 250MCG/BLIST	1	QL(720 EA por 90 días); ST
FLOVENT DISKUS AEPB 50MCG/BLIST	1	ST
<i>flunisolide soln 0.025%</i>	1	QL(150 ML por 90 días)
<i>fluticasone propionate diskus aepb 100mcg/act</i>	1	QL(180 EA por 90 días); ST
<i>fluticasone propionate diskus aepb 250mcg/act</i>	1	QL(720 EA por 90 días); ST
<i>fluticasone propionate diskus aepb 50mcg/act</i>	1	ST
<i>fluticasone propionate hfa aero 44mcg/act</i>	1	QL(63.6 GM por 90 días); ST
<i>fluticasone propionate hfa aero 110mcg/act, 220mcg/act</i>	1	QL(72 GM por 90 días); ST
<i>fluticasone propionate susp 50mcg/act</i>	1	QL(48 GM por 90 días)
<i>mometasone furoate susp 50mcg/act</i>	1	QL(102 GM por 90 días)
QVAR REDIHALER	1	QL(63.6 GM por 90 días)
Antileucotrienos		

ID de formulario: 25503, Versión: 14, Fecha efectiva: 08/01/2025

Última actualización: 08/01/2025

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>montelukast sodium chew, pack, tabs</i>	1	
<i>zafirlukast</i>	1	
Broncodilatadores, anticolinérgicos		
ATROVENT HFA	1	QL(77.4 GM por 90 días)
INCRUSE ELLIPTA	1	QL(30 EA por 30 días)
<i>ipratropium bromide inhalation soln</i>	1	PA BvD
<i>ipratropium bromide nasal soln 0.03%</i>	1	QL(180 ML por 90 días)
<i>ipratropium bromide nasal soln 0.06%</i>	1	QL(90 ML por 90 días)
LONHALA MAGNAIR REFILL KIT	1	NEDS
LONHALA MAGNAIR STARTER KIT	1	NEDS
SPIRIVA RESPIMAT	1	QL(12 GM por 90 días)
Broncodilatadores, simpaticomimético		
<i>albuterol sulfate hfa aers 108mcg/act</i>	1	QL(108 GM por 90 días)
<i>albuterol sulfate hfa aers 108mcg/act</i>	1	QL(40.2 GM por 90 días)
<i>albuterol sulfate hfa aers 108mcg/act</i>	1	QL(51 GM por 90 días)
<i>albuterol sulfate syrp, tabs</i>	1	
<i>albuterol sulfate nebu</i>	1	PA BvD
<i>arformoterol tartrate</i>	1	PA BvD
<i>epinephrine inj 0.15mg/0.15ml, 0.15mg/0.3ml, 0.3mg/0.3ml</i>	1	QL(2 EA por 1 días)
<i>formoterol fumarate nebu</i>	1	PA BvD
<i>levalbuterol hcl nebu</i>	1	PA BvD
<i>levalbuterol hydrochloride nebu 0.63mg/3ml</i>	1	PA BvD
<i>levalbuterol nebu</i>	1	PA BvD
PROAIR RESPICLICK	1	QL(6 EA por 90 días)
SEREVENT DISKUS	1	QL(180 EA por 90 días)
STRIVERDI RESPIMAT	1	QL(12 GM por 90 días)
Estabilizadores de mastocitos		
<i>cromolyn sodium nebu 20mg/2ml</i>	1	PA BvD
Inhibidores de la fosfodiesterasa, enfermedad de las vías respiratorias		
<i>elizophyllin</i>	1	
<i>roflumilast</i>	1	
<i>theophylline er tb12, tb24</i>	1	
<i>theophylline elix</i>	1	
Agentes Terapéuticos, Misceláneos		
Agentes Terapéuticos, Misceláneos		
<i>alcohol prep pads</i>	1	
<i>b-d insulin syringe ultrafine ii/0.3ml/31g x 5/16"</i>	1	
<i>bd insulin syringe safetyglide/1ml/29g x 1/2"</i>	1	
<i>bd insulin syringe ultra-fine/0.5ml/30g x 12.7mm</i>	1	
<i>bd insulin syringe ultra-fine/1ml/31g x 8mm</i>	1	
<i>bd insulin syringe/u-100/1ml/27g x 1/2"</i>	1	
<i>bd insulin syringe/u-500/0.5ml/31g x 6mm</i>	1	
<i>bd pen needle/original/ultra-fine/29g x 12.7mm</i>	1	

ID de formulario: 25503, Versión: 14, Fecha efectiva: 08/01/2025

Última actualización: 08/01/2025

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>curity gauze pads 2"x2" 12 ply</i>	1	
<i>droplet pen needles 29gx10mm</i>	1	
<i>gauze pads 2"x2"</i>	1	
<i>gnp insulin syringe/0.3ml/30g x 5/16"</i>	1	
<i>gnp insulin syringe/0.5ml/30g x 5/16"</i>	1	
INTRALIPID	1	PA BvD
<i>levocarnitine</i>	1	
NUTRILIPID	1	PA BvD
OMNIPOD 5 DEXCOM G7G6 INTRO KIT (GEN 5)	1	
OMNIPOD 5 DEXCOM G7G6 PODS (GEN 5)	1	
OMNIPOD 5 G7 INTRO KIT (GEN 5)	1	
OMNIPOD 5 G7 PODS (GEN 5)	1	
OMNIPOD 5 LIBRE2 PLUS G6 INTRO GEN 5	1	
OMNIPOD 5 LIBRE2 PLUS G6 PODS	1	
OMNIPOD CLASSIC PDM STARTER KIT (GEN 3)	1	
OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3)	1	
OMNIPOD DASH INTRO KIT (GEN 4)	1	
OMNIPOD DASH PDM KIT (GEN 4)	1	
OMNIPOD DASH PODS (GEN 4)	1	
OMNIPOD GO 10 UNITS/DAY	1	
OMNIPOD GO 15 UNITS/DAY	1	
OMNIPOD GO 20 UNITS/DAY	1	
OMNIPOD GO 25 UNITS/DAY	1	
OMNIPOD GO 30 UNITS/DAY	1	
OMNIPOD GO 35 UNITS/DAY	1	
OMNIPOD GO 40 UNITS/DAY	1	
<i>sodium chloride 0.9%</i>	1	
<i>sterile water for irrigation</i>	1	
<i>techlite insulin syringe u-100/0.5ml/30g x 1/2"</i>	1	
<i>trueplus insulin syringe /u-100/1ml/29g x 1/2"</i>	1	
<i>trueplus pen needles 29gx12mm</i>	1	
Agentes óticos		
Agentes óticos		
<i>acetic acid</i>	1	
<i>ciprofloxacin/dexamethasone</i>	1	
<i>ciprofloxacin soln 0.2%</i>	1	
CORTISPORIN-TC	1	
<i>flac</i>	1	
<i>fluocinolone acetonide oil 0.01%</i>	1	
<i>hydrocortisone/acetic acid</i>	1	
<i>neomycin/polymyxin/hc</i>	1	
<i>neomycin/polymyxin/hydrocortisone otic susp 1%; 3.5mg/ml; 10000unit/ml</i>	1	
<i>ofloxacin otic soln 0.3%</i>	1	

ID de formulario: 25503, Versión: 14, Fecha efectiva: 08/01/2025

Última actualización: 08/01/2025

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
Analgésicos		
<i>Analgésicos opioides, de acción prolongada</i>		
buprenorphine	1	QL(4 EA por 28 días)
fentanyl pt72 100mcg/hr, 12mcg/hr, 25mcg/hr, 50mcg/hr, 75mcg/hr	1	QL(10 EA por 30 días)
hydromorphone hcl er tb24 12mg, 16mg, 8mg	1	QL(30 EA por 30 días)
methadone hcl tabs	1	QL(120 EA por 30 días)
methadone hcl soln 5mg/5ml	1	QL(1200 ML por 30 días)
methadone hcl soln 10mg/5ml	1	QL(600 ML por 30 días)
morphine sulfate er tbcr	1	QL(60 EA por 30 días)
tramadol hydrochloride er	1	QL(30 EA por 30 días)
<i>Analgésicos opioides, de acción rápida</i>		
acetaminophen/codeine phosphate tabs 300mg; 60mg	1	QL(240 EA por 30 días)
acetaminophen/codeine soln	1	QL(3600 ML por 30 días)
acetaminophen/codeine tabs 300mg; 15mg, 300mg; 30mg, 300mg; 60mg	1	QL(240 EA por 30 días)
butorphanol tartrate soln	1	QL(7.5 ML por 30 días)
codeine sulfate tabs	1	QL(180 EA por 30 días)
endocet tabs 325mg; 10mg, 325mg; 2.5mg, 325mg; 5mg, 325mg; 7.5mg	1	QL(240 EA por 30 días)
fentanyl citrate oral transmucosal lpop 200mcg	1	QL(120 EA por 30 días); PA
fentanyl citrate oral transmucosal lpop 1200mcg, 1600mcg, 400mcg, 600mcg, 800mcg	1	QL(120 EA por 30 días); PA; NEDS
hydrocodone bitartrate/acetaminophen soln 325mg/15ml; 7.5mg/15ml	1	QL(3600 ML por 30 días)
hydrocodone bitartrate/acetaminophen tabs 300mg; 10mg, 300mg; 5mg, 300mg; 7.5mg, 325mg; 10mg, 325mg; 2.5mg, 325mg; 5mg	1	QL(240 EA por 30 días)
hydrocodone/acetaminophen tabs 325mg; 7.5mg	1	QL(240 EA por 30 días)
hydromorphone hcl liqd	1	QL(1350 ML por 30 días)
hydromorphone hcl tabs 8mg	1	QL(120 EA por 30 días)
hydromorphone hcl tabs 2mg, 4mg	1	QL(240 EA por 30 días)
morphine sulfate tabs	1	QL(180 EA por 30 días)
morphine sulfate soln 100mg/5ml	1	QL(180 ML por 30 días)
morphine sulfate soln 10mg/5ml, 20mg/5ml	1	QL(900 ML por 30 días)
oxycodone hydrochloride conc	1	QL(120 ML por 30 días)
oxycodone hydrochloride caps	1	QL(240 EA por 30 días)
oxycodone hydrochloride soln	1	QL(2400 ML por 30 días)
oxycodone hydrochloride tabs 20mg, 30mg	1	QL(120 EA por 30 días)
oxycodone hydrochloride tabs 10mg, 15mg	1	QL(180 EA por 30 días)
oxycodone hydrochloride tabs 5mg	1	QL(240 EA por 30 días)
oxycodone/acetaminophen tabs 325mg; 10mg, 325mg; 2.5mg, 325mg; 5mg, 325mg; 7.5mg	1	QL(240 EA por 30 días)

ID de formulario: 25503, Versión: 14, Fecha efectiva: 08/01/2025

Última actualización: 08/01/2025

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>tramadol hydrochloride/acetaminophen</i>	1	QL(240 EA por 30 días)
<i>tramadol hydrochloride tabs 100mg</i>	1	QL(120 EA por 30 días)
<i>tramadol hydrochloride tabs 50mg</i>	1	QL(240 EA por 30 días)
Medicamentos antiinflamatorios no esteroideos		
<i>celecoxib caps</i>	1	
<i>diclofenac epolamine</i>	1	QL(60 EA por 30 días); PA
<i>diclofenac potassium tabs 50mg</i>	1	
<i>diclofenac sodium dr</i>	1	
<i>diclofenac sodium er</i>	1	
<i>diclofenac sodium gel 1%</i>	1	QL(960 GM por 30 días)
<i>diclofenac sodium external soln 1.5%</i>	1	
<i>diflunisal tabs 500mg</i>	1	
<i>ec-naproxen tbec 500mg</i>	1	
<i>etodolac er</i>	1	
<i>etodolac caps, tabs</i>	1	
<i>flurbiprofen tabs 100mg</i>	1	
<i>ibu</i>	1	
<i>ibuprofen susp</i>	1	
<i>ibuprofen tabs 400mg, 600mg, 800mg</i>	1	
<i>indomethacin caps 25mg, 50mg</i>	1	
<i>meloxicam tabs</i>	1	
<i>nabumetone tabs</i>	1	
<i>naproxen dr</i>	1	
<i>naproxen sodium cr tb24 375mg</i>	1	
<i>naproxen sodium tabs 275mg, 550mg</i>	1	
<i>naproxen susp</i>	1	
<i>naproxen tabs 250mg, 375mg, 500mg</i>	1	
<i>naproxen tbec 500mg</i>	1	
<i>oxaprozin tabs</i>	1	
<i>piroxicam caps</i>	1	
<i>salsalate tabs</i>	1	
<i>sulindac tabs</i>	1	
Anestésicos		
Anestésicos locales		
<i>glydo</i>	1	QL(100 ML por 30 días)
<i>lidocaine hcl jelly prsy</i>	1	QL(100 ML por 30 días)
<i>lidocaine hcl prsy</i>	1	QL(100 ML por 30 días)
<i>lidocaine hcl inj 0.5%, 1.5%, 4%</i>	1	
<i>lidocaine hydrochloride jelly</i>	1	QL(100 ML por 30 días)
<i>lidocaine hydrochloride external soln</i>	1	QL(100 ML por 30 días)
<i>lidocaine hydrochloride inj 1%, 2%</i>	1	
<i>lidocaine/prilocaine crea</i>	1	QL(60 GM por 30 días)
<i>lidocaine oint 5%</i>	1	QL(100 GM por 30 días)

ID de formulario: 25503, Versión: 14, Fecha efectiva: 08/01/2025

Última actualización: 08/01/2025

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>lidocaine patch 5%</i>	1	QL(90 EA por 30 días); PA
<i>premium lidocaine</i>	1	QL(100 GM por 30 días)
Ansiolíticos		
<i>Ansiolíticos, otros</i>		
<i>buspirone hcl tabs 15mg</i>	1	
<i>buspirone hydrochloride tabs 10mg, 30mg, 5mg, 7.5mg</i>	1	
Benzodiazepinas		
<i>alprazolam</i>	1	
<i>alprazolam er</i>	1	
<i>clorazepate dipotassium tabs</i>	1	
<i>diazepam intensol</i>	1	
<i>diazepam soln, tabs</i>	1	
<i>lorazepam intensol</i>	1	
<i>lorazepam tabs</i>	1	
<i>oxazepam</i>	1	
Antibacterianos		
<i>Aminoglucósidos</i>		
<i>amikacin sulfate inj 1gm/4ml, 500mg/2ml</i>	1	HI
<i>ARIKAYCE</i>	1	PA; NEDS
<i>gentamicin sulfate/0.9% sodium chloride inj 1.2mg/ml; 0.9%, 1.6mg/ml; 0.9%, 1mg/ml; 0.9%, 2mg/ml; 0.9%</i>	1	HI
<i>gentamicin sulfate crea 0.1%</i>	1	
<i>gentamicin sulfate inj 40mg/ml</i>	1	HI
<i>gentamicin sulfate oint 0.1%</i>	1	
<i>isotonic gentamicin inj 0.8mg/ml; 0.9%</i>	1	HI
<i>neomycin sulfate</i>	1	
<i>streptomycin sulfate inj 1gm</i>	1	NEDS
<i>tobramycin sulfate inj 1.2gm/30ml, 10mg/ml, 40mg/ml, 80mg/2ml</i>	1	HI
<i>Antibacterianos, otros</i>		
<i>aztreonam inj 1gm</i>	1	HI
<i>aztreonam inj 2gm</i>	1	NEDS; HI
<i>clindacin-p</i>	1	
<i>clindamycin hcl caps 300mg</i>	1	
<i>clindamycin hydrochloride caps 150mg, 75mg</i>	1	
<i>clindamycin palmitate hydrochloride</i>	1	
<i>clindamycin phosphate crea 2%</i>	1	
<i>clindamycin phosphate inj 300mg/2ml, 600mg/4ml, 9000mg/60ml, 900mg/6ml</i>	1	HI
<i>clindamycin phosphate swab 1%</i>	1	
<i>colistimethate sodium</i>	1	NEDS; HI
<i>daptomycin</i>	1	NEDS; HI
<i>daptomycin/sodium chloride</i>	1	HI

ID de formulario: 25503, Versión: 14, Fecha efectiva: 08/01/2025

Última actualización: 08/01/2025

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
IMPAVIDO	1	NEDS
<i>linezolid tabs</i>	1	
<i>linezolid susr</i>	1	NEDS
<i>linezolid inj 600mg/300ml</i>	1	HI
<i>methenamine hippurate</i>	1	
<i>methenamine mandelate tabs 0.5gm, 1gm</i>	1	
<i>metronidazole vaginal</i>	1	
<i>metronidazole inj 500mg/100ml</i>	1	HI
<i>metronidazole tabs 250mg, 500mg</i>	1	
<i>nitrofurantoin macrocrystals</i>	1	
<i>nitrofurantoin monohydrate/macrocrys</i>	1	
NUVESSA	1	
<i>tigecycline</i>	1	NEDS
<i>tinidazole</i>	1	
<i>trimethoprim tabs</i>	1	
<i>vancomycin hcl inj 0.9%; 1gm/200ml, 100gm, 10gm</i>	1	HI
<i>vancomycin hydrochloride caps</i>	1	
VANCOMYCIN HYDROCHLORIDE INJ 1GM	1	HI
<i>vancomycin hydrochloride inj 1.25gm, 1.5gm, 1.75gm, 2gm, 500mg, 5gm, 750mg</i>	1	HI
<i>vancomycin inj 0.9%; 500mg/100ml, 0.9%; 750mg/150ml</i>	1	HI
Betalactámico, cefalosporinas		
<i>cefaclor caps</i>	1	
<i>cefaclor susr 125mg/5ml, 375mg/5ml</i>	1	
<i>cefadroxil caps, susr</i>	1	
<i>cefazin sodium/dextrose inj 1gm; 4%, 2gm; 3%, 3gm; 2%</i>	1	HI
<i>cefazin sodium inj 10gm, 1gm/50ml; 4%, 1gm, 2gm, 500mg</i>	1	HI
<i>cefazin/dextrose inj 3gm/150ml; 4%</i>	1	HI
<i>cefazin inj 2gm/100ml; 4%, 2gm, 3gm</i>	1	HI
<i>cefdinir</i>	1	
<i>cefpime</i>	1	HI
<i>cefpime hydrochloride inj 2gm</i>	1	HI
<i>cefpime/dextrose</i>	1	HI
<i>cefixime</i>	1	
<i>cefotetan inj 1gm, 2gm</i>	1	HI
<i>cefoxitin sodium inj 10gm, 1gm, 2gm</i>	1	HI
<i>cefpodoxime proxetil</i>	1	
<i>ceprozil</i>	1	
<i>ceftazidime inj 1gm, 2gm, 6gm</i>	1	HI
<i>ceftriaxone in iso-osmotic dextrose</i>	1	HI
<i>ceftriaxone sodium inj 10gm, 1gm, 250mg, 2gm, 500mg</i>	1	HI
<i>ceftriaxone/dextrose inj 1gm; 3.74%</i>	1	HI
<i>cefuroxime axetil tabs</i>	1	
<i>cefuroxime sodium inj 1.5gm, 750mg</i>	1	HI

ID de formulario: 25503, Versión: 14, Fecha efectiva: 08/01/2025

Última actualización: 08/01/2025

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>cephalexin</i>	1	
<i>tazicef inj 1gm, 2gm, 6gm</i>	1	HI
TEFLARO	1	NEDS; HI
Betalactámico, penicilinas		
<i>amoxicillin/clavulanate potassium</i>	1	
<i>amoxicillin/clavulanate potassium er</i>	1	
<i>amoxicillin chew 125mg, 250mg</i>	1	
<i>amoxicillin caps, susr, tabs</i>	1	
<i>ampicillin sodium inj</i>	1	HI
<i>ampicillin-sulbactam inj 10gm; 5gm, 1gm; 0.5gm</i>	1	HI
<i>ampicillin/sulbactam inj 2gm; 1gm</i>	1	HI
<i>ampicillin caps 500mg</i>	1	
BICILLIN L-A INJ 1200000UNIT/2ML, 2400000UNIT/4ML, 600000UNIT/ML	1	
<i>dicloxacillin sodium</i>	1	
<i>nafcillin sodium inj 10gm, 1gm, 2gm</i>	1	HI
<i>oxacillin sodium inj 10gm, 1gm, 2gm</i>	1	HI
<i>penicillin g potassium in iso-osmotic dextrose inj 0; 20000unit/ml</i>	1	HI
<i>penicillin g potassium inj 20000000unit, 5000000unit</i>	1	HI
PENICILLIN G SODIUM	1	NEDS; HI
<i>penicillin v potassium</i>	1	
<i>piperacillin sodium/tazobactam sodium</i>	1	HI
ZOSYN INJ 5%; 4GM/100ML; 0.5GM/100ML	1	HI
Carbapenemas		
<i>ertapenem sodium</i>	1	HI
<i>imipenem/cilastatin</i>	1	HI
<i>meropenem</i>	1	HI
Macrólidos		
<i>azithromycin pack, susr, tabs</i>	1	
<i>azithromycin inj 500mg</i>	1	HI
<i>clarithromycin er</i>	1	
<i>clarithromycin susr, tabs</i>	1	
DIFICID	1	NEDS
<i>erythromycin dr</i>	1	
<i>erythromycin ethylsuccinate tabs</i>	1	
Quinolonas		
<i>ciprofloxacin hcl tabs 100mg, 750mg</i>	1	
<i>ciprofloxacin hydrochloride tabs 250mg, 500mg</i>	1	
<i>ciprofloxacin i.v.-in d5w</i>	1	HI
<i>ciprofloxacin susr 500mg/5ml, 5gm/100ml</i>	1	
<i>levofloxacin in d5w</i>	1	HI
<i>levofloxacin oral soln 25mg/ml</i>	1	
<i>levofloxacin tabs 250mg, 500mg, 750mg</i>	1	

ID de formulario: 25503, Versión: 14, Fecha efectiva: 08/01/2025

Ultima actualización: 08/01/2025

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>moxifloxacin hydrochloride/sodium hydrochloride</i>	1	HI
<i>moxifloxacin hydrochloride tabs 400mg</i>	1	
Sulfonamidas		
<i>sulfacetamide sodium lotn 10%</i>	1	
<i>sulfadiazine tabs</i>	1	
<i>sulfamethoxazole/trimethoprim ds</i>	1	
<i>sulfamethoxazole/trimethoprim susp, tabs</i>	1	
Tetraciclinas		
<i>DOXY 100</i>	1	HI
<i>doxycycline hyclate caps</i>	1	
<i>doxycycline hyclate inj</i>	1	HI
<i>doxycycline hyclate tabs 100mg, 150mg, 20mg</i>	1	
<i>doxycycline monohydrate caps 100mg, 50mg</i>	1	
<i>doxycycline monohydrate tabs</i>	1	
<i>doxycycline susr</i>	1	
<i>minocycline hcl caps 75mg</i>	1	
<i>minocycline hcl tabs 100mg, 75mg</i>	1	
<i>minocycline hydrochloride caps 100mg, 50mg</i>	1	
<i>minocycline hydrochloride tabs 50mg</i>	1	
<i>monodoxine nl caps 100mg</i>	1	
<i>tetracycline hydrochloride caps</i>	1	
<i>VIBRAMYCIN SYRP</i>	1	
Anticonvulsivos		
<i>Agentes de modificación de los canales de calcio</i>		
<i>ethosuximide</i>	1	
<i>methsuximide</i>	1	
<i>Agentes moduladores del ácido gamma-aminobutírico (gamma-aminobutyric acid, GABA)</i>		
<i>clobazam susp</i>	1	
<i>clobazam tabs</i>	1	QL(60 EA por 30 días)
<i>clonazepam odt</i>	1	
<i>clonazepam tabs</i>	1	
<i>DIACOMIT</i>	1	PA NSO; NEDS
<i>diazepam rectal gel</i>	1	
<i>divalproex sodium dr</i>	1	
<i>divalproex sodium er</i>	1	
<i>gabapentin caps, soln</i>	1	
<i>gabapentin tabs 600mg, 800mg</i>	1	
<i>LIBERVANT</i>	1	QL(10 EA por 30 días)
<i>phenobarbital elix 20mg/5ml</i>	1	
<i>phenobarbital tabs 100mg, 15mg, 16.2mg, 30mg, 32.4mg, 60mg, 64.8mg, 97.2mg</i>	1	
<i>pregabalin</i>	1	
<i>primidone tabs</i>	1	

ID de formulario: 25503, Versión: 14, Fecha efectiva: 08/01/2025

Última actualización: 08/01/2025

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
SYMPAZAN FILM 5MG	1	
SYMPAZAN FILM 10MG, 20MG	1	NEDS
<i>tiagabine hydrochloride</i>	1	
VALTOCO 10 MG DOSE	1	QL(10 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
VALTOCO 15 MG DOSE	1	QL(10 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
VALTOCO 20 MG DOSE	1	QL(10 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
VALTOCO 5 MG DOSE	1	QL(10 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
<i>vigabatrin</i>	1	NEDS
<i>vigadron</i>	1	NEDS
VIGAFYDE	1	PA NSO; NEDS
<i>vigpoder</i>	1	NEDS
ZTALMY	1	PA NSO; NEDS
Agentes para los canales de sodio		
APTIOM	1	
<i>carbamazepine er</i>	1	
<i>carbamazepine chew 100mg</i>	1	
<i>carbamazepine susp, tabs</i>	1	
<i>epitol</i>	1	
<i>eslicarbazepine acetate</i>	1	
<i>lacosamide inj, oral soln</i>	1	
LACOSAMIDE TABS 100MG, 150MG	1	QL(60 EA por 30 días)
<i>lacosamide tabs 200mg, 50mg</i>	1	QL(60 EA por 30 días)
<i>oxcarbazepine</i>	1	
<i>phenytek</i>	1	
<i>phenytoin sodium extended</i>	1	
<i>phenytoin chew, susp</i>	1	
<i>rufinamide susp</i>	1	NEDS
<i>rufinamide tabs 200mg</i>	1	
<i>rufinamide tabs 400mg</i>	1	NEDS
XCOPRI TABS	1	NEDS
XCOPRI TBPK 0	1	
XCOPRI TBPK 0	1	NEDS
ZONISADE	1	
<i>zonisamide</i>	1	
Anticonvulsivos, otros		
BRIVIACT SOLN, TABS	1	NEDS
EPIDIOLEX	1	PA NSO; NEDS
EPRONTIA	1	
<i>felbamate</i>	1	
FINTEPLA	1	PA NSO; NEDS

ID de formulario: 25503, Versión: 14, Fecha efectiva: 08/01/2025

Última actualización: 08/01/2025

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
FYCOMPA	1	
<i>lamotrigine er</i>	1	
<i>lamotrigine odt</i>	1	
<i>lamotrigine starter kit/blue</i>	1	
<i>lamotrigine starter kit/green</i>	1	
<i>lamotrigine starter kit/orange</i>	1	
<i>lamotrigine chew, tabs</i>	1	
<i>levetiracetam er</i>	1	
<i>levetiracetam oral soln, tabs, tb3d</i>	1	
<i>levetiracetam inj 500mg/5ml</i>	1	
NAYZILAM	1	QL(10 EA por 30 días); PA NSO
<i>perampanel</i>	1	
<i>roweepra tabs 500mg</i>	1	
SPRITAM	1	
<i>subvenite</i>	1	
<i>subvenite starter kit/blue</i>	1	
<i>subvenite starter kit/green</i>	1	
<i>subvenite starter kit/orange</i>	1	
<i>topiramate cpsp, soln, tabs</i>	1	
<i>valproic acid</i>	1	
Antidepresivos		
<i>Antidepresivos, otros</i>		
AUVELITY	1	
<i>bupropion hydrochloride er (sr) tb12 100mg, 150mg, 200mg</i>	1	
<i>bupropion hydrochloride er (xl) tb24 150mg, 300mg</i>	1	
<i>bupropion hydrochloride tabs</i>	1	
<i>mirtazapine odt</i>	1	
<i>mirtazapine tabs</i>	1	
ZURZUVAE CAPS 30MG	1	QL(14 EA por 14 días); PA NSO; NEDS
ZURZUVAE CAPS 20MG, 25MG	1	QL(28 EA por 14 días); PA NSO; NEDS
<i>Inhibidores de la monoaminooxidasa</i>		
EMSAM	1	ST NSO; NEDS
MARPLAN	1	
<i>phenelzine sulfate</i>	1	
<i>tranylcypromine sulfate</i>	1	
Tricíclicos		
<i>amitriptyline hcl tabs 100mg, 150mg, 25mg, 75mg</i>	1	
<i>amitriptyline hydrochloride tabs 100mg, 10mg, 50mg</i>	1	
<i>amoxapine</i>	1	
<i>clomipramine hydrochloride</i>	1	
<i>desipramine hydrochloride</i>	1	

ID de formulario: 25503, Versión: 14, Fecha efectiva: 08/01/2025

Última actualización: 08/01/2025

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>doxepin hcl caps 75mg</i>	1	
<i>doxepin hcl conc</i>	1	
<i>doxepin hydrochloride caps 100mg, 10mg, 150mg, 25mg, 50mg</i>	1	
<i>imipramine hcl tabs 25mg, 50mg</i>	1	
<i>imipramine hydrochloride tabs 10mg</i>	1	
<i>nortriptyline hcl caps 25mg, 75mg</i>	1	
<i>nortriptyline hcl soln</i>	1	
<i>nortriptyline hydrochloride caps 10mg, 50mg</i>	1	
<i>protriptyline hcl</i>	1	
<i>trimipramine maleate caps</i>	1	
Antidepressants		
SSRIs/SNRIs (Selective Serotonin Reuptake Inhibitors/Serotonin and Norepinephrine Reuptake Inhibitor		
<i>citalopram hydrobromide</i>	1	
<i>desvenlafaxine er</i>	1	
<i>DRIZALMA SPRINKLE CSDR 20MG, 60MG</i>	1	QL(60 EA por 30 días)
<i>DRIZALMA SPRINKLE CSDR 30MG, 40MG</i>	1	QL(90 EA por 30 días)
<i>duloxetine hydrochloride dr cpep 20mg, 60mg</i>	1	QL(60 EA por 30 días)
<i>duloxetine hydrochloride dr cpep 30mg, 40mg</i>	1	QL(90 EA por 30 días)
<i>escitalopram oxalate</i>	1	
<i>FETZIMA</i>	1	ST NSO
<i>FETZIMA TITRATION PACK</i>	1	ST NSO
<i>fluoxetine dr</i>	1	
<i>fluoxetine hydrochloride</i>	1	
<i>fluvoxamine maleate</i>	1	
<i>nefazodone hydrochloride</i>	1	
<i>paroxetine hcl</i>	1	
<i>paroxetine hydrochloride</i>	1	
<i>RALDESY</i>	1	NEDS
<i>sertraline hcl</i>	1	
<i>sertraline hydrochloride</i>	1	
<i>trazodone hydrochloride</i>	1	
<i>TRINTELLIX</i>	1	
<i>venlafaxine hydrochloride</i>	1	
<i>venlafaxine hydrochloride er</i>	1	
<i>VIIBRYD STARTER PACK</i>	1	
<i>vilazodone hydrochloride</i>	1	
Antieméticos		
Adyuvantes para terapia emetogénica		
<i>aprepitant caps 0, 40mg, 80mg</i>	1	PA BvD
<i>aprepitant caps 125mg</i>	1	PA BvD; NEDS
<i>dronabinol</i>	1	PA BvD
<i>gransetron hydrochloride tabs</i>	1	PA BvD

ID de formulario: 25503, Versión: 14, Fecha efectiva: 08/01/2025

Última actualización: 08/01/2025

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>ondansetron hcl soln</i>	1	PA BvD
<i>ondansetron hcl tabs 24mg</i>	1	PA BvD
<i>ondansetron hydrochloride tabs</i>	1	PA BvD
<i>ondansetron odt tbdp 4mg, 8mg</i>	1	PA BvD
Antieméticos, otros		
<i>meclizine hcl tabs</i>	1	
<i>prochlorperazine edisylate inj 10mg/2ml</i>	1	
<i>prochlorperazine maleate tabs</i>	1	
<i>prochlorperazine supp 25mg</i>	1	
<i>promethazine hcl inj</i>	1	
<i>promethazine hydrochloride plain</i>	1	
<i>promethazine hydrochloride tabs</i>	1	
<i>scopolamine</i>	1	
Antimicobacterianos		
Antimicobacterianos, otros		
DAPSONE TABS	1	
<i>rifabutin</i>	1	
Antituberculosos		
<i>ethambutol hydrochloride</i>	1	
<i>isoniazid syrp, tabs</i>	1	
PRIFTIN	1	
<i>pyrazinamide tabs</i>	1	
<i>rifampin caps, inj</i>	1	
SIRTURO	1	PA; NEDS
TRECATOR	1	
Antimicóticos		
Antimicóticos		
ABELCET	1	PA
<i>amphotericin b</i>	1	PA
<i>amphotericin b liposome</i>	1	PA; NEDS
<i>clotrimazole</i>	1	
<i>econazole nitrate</i>	1	
<i>fluconazole</i>	1	
<i>fluconazole in sodium chloride</i>	1	
<i>flucytosine</i>	1	NEDS
<i>griseofulvin microsize</i>	1	
<i>griseofulvin ultramicrosize</i>	1	
<i>itraconazole</i>	1	
<i>ketoconazole sham, tabs</i>	1	
<i>ketoconazole crea</i>	1	QL(120 GM por 30 días)
<i>klayesta</i>	1	
<i>micafungin</i>	1	
<i>miconazole 3</i>	1	
<i>naftifine hydrochloride</i>	1	

ID de formulario: 25503, Versión: 14, Fecha efectiva: 08/01/2025

Última actualización: 08/01/2025

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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>nyamyc</i>	1	
<i>nystatin</i>	1	
<i>nystop</i>	1	
<i>posaconazole</i>	1	NEDS
<i>posaconazole dr</i>	1	NEDS
<i>terbinafine hcl</i>	1	QL(42 EA por 42 días)
<i>terconazole</i>	1	
<i>voriconazole tabs</i>	1	
<i>voriconazole susr</i>	1	NEDS
<i>voriconazole inj</i>	1	PA; NEDS
Antineoplásicos		
Agentes alquilantes		
<i>cyclophosphamide tabs</i>	1	PA BvD
<i>cyclophosphamide caps</i>	1	PA BvD; SP-Optum Specialty
GLEOSTINE CAPS 100MG, 10MG, 40MG	1	
LEUKERAN	1	NEDS
MATULANE	1	NEDS
VALCHLOR	1	NEDS; SP-Optum Specialty
Agentes antiangiogénicos		
<i>lenalidomide caps 2.5mg, 20mg</i>	1	PA NSO; NEDS
<i>lenalidomide caps 10mg, 15mg, 25mg, 5mg</i>	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
POMALYST	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
REVLIMID	1	PA NSO; NEDS
THALOMID	1	NEDS; SP-Optum Specialty
Antiandrogénicos		
<i>abiraterone acetate</i>	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
ABIRTEGA	1	PA NSO
<i>bicalutamide</i>	1	
ERLEADA TABS 240MG	1	PA NSO; NEDS
ERLEADA TABS 60MG	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
EULEXIN	1	
<i>flutamide</i>	1	
<i>nilutamide</i>	1	NEDS
NUBEQA	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
XTANDI	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty

ID de formulario: 25503, Versión: 14, Fecha efectiva: 08/01/2025

Última actualización: 08/01/2025

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

ID de formulario: 25503, Versión: 14, Fecha efectiva: 08/01/2025

Última actualización: 08/01/2025

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
LYSODREN	1	NEDS
OGSIVEO	1	PA NSO; NEDS
OJEMDA	1	PA NSO; NEDS
ONUREG	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
<i>paclitaxel inj 100mg/16.7ml, 150mg/25ml, 300mg/50ml, 30mg/5ml</i>	1	
REVUFORJ	1	PA NSO; NEDS
SYNRIBO	1	NEDS
TRUSELTIQ	1	PA NSO; NEDS
VONJO	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
ZOLINZA	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
Complementos del tratamiento		
<i>mesna tabs</i>	1	NEDS
MESNEX TABS	1	NEDS
VORANIGO TABS 40MG	1	PA NSO; NEDS
VORANIGO TABS 10MG	1	QL(60 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
Inhibidores de enzimas		
KYPROLIS	1	NEDS
Inhibidores de la aromatasa, tercera generación		
<i>anastrozole tabs</i>	1	
<i>exemestane</i>	1	
<i>letrozole</i>	1	
Inhibidores moleculares dirigidos		
ALECENSA	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
ALUNBRIG	1	PA NSO; NEDS
AUGTYRO	1	PA NSO; NEDS
AYVAKIT	1	QL(30 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
BALVERSA	1	PA NSO; NEDS
BOSULIF CAPS 50MG	1	PA NSO; NEDS
BOSULIF CAPS 100MG	1	QL(120 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
BOSULIF TABS 100MG	1	QL(120 EA por 30 días); PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
BOSULIF TABS 400MG, 500MG	1	QL(30 EA por 30 días); PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty

ID de formulario: 25503, Versión: 14, Fecha efectiva: 08/01/2025

Última actualización: 08/01/2025

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
BRAFTOVI CAPS 75MG	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
BRUKINSA	1	PA NSO; NEDS
CABOMETYX	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
CALQUENCE TABS	1	PA NSO; NEDS
CALQUENCE CAPS	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
CAPRELSA TABS 300MG	1	QL(30 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
CAPRELSA TABS 100MG	1	QL(60 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
COMETRIQ	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
COPIKTRA	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
COTELLIC	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
DANZITEN	1	PA NSO; NEDS
<i>dasatinib</i>	1	PA NSO; NEDS
DAURISMO	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
ERIVEDGE	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
<i>erlotinib hydrochloride tabs 150mg, 25mg</i>	1	QL(30 EA por 30 días); NEDS; SP-Optum Specialty
<i>erlotinib hydrochloride tabs 100mg</i>	1	QL(90 EA por 30 días); NEDS; SP-Optum Specialty
<i>everolimus tabs 10mg, 2.5mg, 5mg, 7.5mg</i>	1	QL(30 EA por 30 días); PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
<i>everolimus tbs 2mg, 3mg, 5mg</i>	1	QL(60 EA por 30 días); PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
EXKIVITY	1	PA NSO; NEDS
FOTIVDA	1	PA NSO; NEDS
FRUZAQLA	1	PA NSO; NEDS
GAVRETO	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
<i>gefitinib</i>	1	PA NSO; NEDS
GILOTRIF	1	PA NSO; NEDS
GOMEKLI	1	PA NSO; NEDS

ID de formulario: 25503, Versión: 14, Fecha efectiva: 08/01/2025

Última actualización: 08/01/2025

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
IBRANCE CAPS 100MG, 125MG, 75MG	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
ICLUSIG	1	PA NSO; NEDS
IDHIFA	1	QL(30 EA por 30 días); PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
<i>imatinib mesylate tabs</i>	1	NEDS; SP-Optum Specialty
IMBRUICA SUSP	1	PA NSO; NEDS
IMBRUICA CAPS, TABS	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
IMKELDI	1	PA NSO; NEDS
INLYTA	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
INQOVI	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
JAKAFI	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
JAYPIRCA	1	PA NSO; NEDS
KISQALI	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
KOSELUGO	1	PA NSO; NEDS
KRAZATI	1	PA NSO; NEDS
<i>lapatinib ditosylate</i>	1	QL(180 EA por 30 días); PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
LENVIMA 10 MG DAILY DOSE	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
LENVIMA 12MG DAILY DOSE	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
LENVIMA 14 MG DAILY DOSE	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
LENVIMA 18 MG DAILY DOSE	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
LENVIMA 20 MG DAILY DOSE	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
LENVIMA 24 MG DAILY DOSE	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
LENVIMA 4 MG DAILY DOSE	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
LENVIMA 8 MG DAILY DOSE	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
LORBRENA	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty

ID de formulario: 25503, Versión: 14, Fecha efectiva: 08/01/2025

Última actualización: 08/01/2025

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
LUMAKRAS TABS 240MG, 320MG	1	PA NSO; NEDS
LUMAKRAS TABS 120MG	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
LYNPARZA TABS	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
LYTGOBI	1	PA NSO; NEDS
MEKINIST SOLR	1	PA NSO; NEDS
MEKINIST TABS	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
MEKTOVI	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
NERLYNX	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
<i>nilotinib hydrochloride</i>	1	PA NSO; NEDS
NINLARO	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
ODOMZO	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
OJJAARA	1	PA NSO; NEDS
<i>pazopanib hydrochloride</i>	1	QL(120 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
PEMAZYRE	1	PA NSO; NEDS
PIQRAY 200MG DAILY DOSE	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
PIQRAY 250MG DAILY DOSE	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
PIQRAY 300MG DAILY DOSE	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
QINLOCK	1	PA NSO; NEDS
RETEVMO CAPS	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
RETEVMO TABS 120MG, 160MG	1	PA NSO; NEDS
RETEVMO TABS 80MG	1	QL(60 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
RETEVMO TABS 40MG	1	QL(90 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
REZLIDHIA	1	PA NSO; NEDS
ROMVIMZA	1	PA NSO; NEDS
ROZLYTREK PACK	1	PA NSO; NEDS
ROZLYTREK CAPS	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
RUBRACA	1	QL(120 EA por 30 días); PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty

ID de formulario: 25503, Versión: 14, Fecha efectiva: 08/01/2025

Última actualización: 08/01/2025

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
RYDAPT	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
SCEMBLIX TABS 20MG, 40MG	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
SCEMBLIX TABS 100MG	1	QL(120 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
<i>sorafenib</i>	1	QL(220 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
<i>sorafenib tosylate</i>	1	QL(220 EA por 30 días); PA NSO; NEDS
SPRYCEL	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
STIVARGA	1	QL(90 EA por 30 días); PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
<i>sunitinib malate</i>	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
TABRECTA	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
TAFINLAR TBSO	1	PA NSO; NEDS
TAFINLAR CAPS	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
TAGRISSO	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
TALZENNA CAPS 0.1MG, 0.35MG	1	PA NSO; NEDS
TALZENNA CAPS 0.25MG, 0.5MG, 0.75MG, 1MG	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
TASIGNA	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
TAZVERIK	1	PA NSO; NEDS
TEPMETKO	1	PA NSO; NEDS
TIBSOVO	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
TRUQAP	1	PA NSO; NEDS
TUKYSA	1	PA NSO; NEDS
TURALIO	1	PA NSO; NEDS
VANFLYTA	1	PA NSO; NEDS
VENCLEXTA STARTING PACK	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
VENCLEXTA TABS 100MG	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
VENCLEXTA TABS 10MG, 50MG	1	PA NSO; SP-Optum Specialty

ID de formulario: 25503, Versión: 14, Fecha efectiva: 08/01/2025

Última actualización: 08/01/2025

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
VERZENIO	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
VITRAKVI	1	PA NSO; NEDS
VIZIMPRO	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
XALKORI CPSP	1	PA NSO; NEDS
XALKORI CAPS	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
XOSPATA	1	PA NSO; NEDS
XPOVIO	1	PA NSO; NEDS
XPOVIO 60 MG TWICE WEEKLY	1	PA NSO; NEDS
XPOVIO 80 MG TWICE WEEKLY	1	PA NSO; NEDS
ZEJULA TABS	1	PA NSO; NEDS
ZEJULA CAPS	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
ZELBORA F	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
ZYDELIG	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
ZYKADIA TABS	1	PA NSO; NEDS; SP-Optum Specialty
Retinoides		
<i>bexarotene caps</i>	1	NEDS; SP-Optum Specialty
<i>bexarotene gel</i>	1	PA NSO; NEDS
PANRETIN	1	NEDS
<i>tretinoi n caps 10mg</i>	1	NEDS; SP-Optum Specialty
Antiparasitarios		
Antihelmínticos		
<i>albendazole tabs</i>	1	
<i>ivermectin tabs</i>	1	
<i>praziquantel tabs</i>	1	
Antiprotozoico		
<i>atovaquone</i>	1	
<i>atovaquone/proguanil hcl tabs 62.5mg; 25mg</i>	1	
<i>atovaquone/proguanil hydrochloride</i>	1	
<i>chloroquine phosphate tabs</i>	1	
COARTEM	1	QL(24 EA por 3 días)
<i>hydroxychloroquine sulfate tabs 200mg</i>	1	
<i>mefloquine hydrochloride</i>	1	
<i>nitazoxanide</i>	1	
<i>pentamidine isethionate inj</i>	1	
<i>pentamidine isethionate inhalation solr</i>	1	PA BvD

ID de formulario: 25503, Versión: 14, Fecha efectiva: 08/01/2025

Última actualización: 08/01/2025

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

ID de formulario: 25503, Versión: 14, Fecha efectiva: 08/01/2025

Última actualización: 08/01/2025

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

ID de formulario: 25503, Versión: 14, Fecha efectiva: 08/01/2025

Última actualización: 08/01/2025

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
NORVIR PACK, SOLN	1	
PREZCOBIX	1	NEDS
PREZISTA SUSP	1	NEDS
PREZISTA TABS 75MG	1	
PREZISTA TABS 150MG	1	NEDS
REYATAZ PACK	1	NEDS
<i>ritonavir</i>	1	
SYMTUZA	1	NEDS
VIRACEPT TABS 250MG	1	
VIRACEPT TABS 625MG	1	NEDS
Agentes anti-VIH, otros		
FUZEON	1	NEDS
<i>maraviroc tabs 300mg</i>	1	QL(120 EA por 30 días); NEDS
<i>maraviroc tabs 150mg</i>	1	QL(60 EA por 30 días); NEDS
RUKOBIA	1	NEDS
SELZENTRY SOLN	1	QL(1800 ML por 30 días)
SELZENTRY TABS 25MG	1	
SELZENTRY TABS 75MG	1	NEDS
SUNLENCA TBPK	1	NEDS
SUNLENCA TABS	1	QL(24 EA por 168 días); NEDS
TYBOST	1	
Agentes anticitomegalovirus (CMV)		
<i>cidofovir</i>	1	NEDS
LIVTENCITY	1	PA; NEDS
PREVYMIS TABS	1	PA; NEDS
PREVYMIS PACK 20MG	1	PA
PREVYMIS PACK 120MG	1	PA; NEDS
<i>valganciclovir</i>	1	
<i>valganciclovir hydrochloride</i>	1	NEDS
Agentes antigripales		
<i>amantadine hcl caps, soln, tabs</i>	1	
<i>oseltamivir phosphate caps, susr</i>	1	
RELENZA DISKHALER	1	
<i>rimantadine hydrochloride</i>	1	
XOFLUZA TBPK 40MG, 80MG	1	QL(1 EA por 7 días)
Agentes antihepatitis C (VHC)		
MAVYRET	1	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
<i>ribavirin caps</i>	1	SP-Optum Specialty
<i>ribavirin tabs 200mg</i>	1	SP-Optum Specialty
<i>sofosbuvir/velpatasvir</i>	1	PA; NEDS

ID de formulario: 25503, Versión: 14, Fecha efectiva: 08/01/2025

Última actualización: 08/01/2025

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
VOSEVI	1	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
Agentes antitherpélicos		
<i>acyclovir sodium inj 50mg/ml</i>	1	PA
<i>acyclovir caps, susp, tabs</i>	1	
<i>famциклovир tabs</i>	1	
<i>valacyclovir hydrochloride</i>	1	
Agentes contra el VIH, inhibidores de la integrasa (II)		
BIKTARVY	1	NEDS
DOVATO	1	NEDS
GENVOYA	1	NEDS
ISENTRESS HD	1	QL(60 EA por 30 días); NEDS
ISENTRESS PACK	1	
ISENTRESS TABS	1	QL(120 EA por 30 días); NEDS
ISENTRESS CHEW 100MG	1	QL(180 EA por 30 días); NEDS
ISENTRESS CHEW 25MG	1	QL(720 EA por 30 días)
JULUCA	1	NEDS
STRIBILD	1	NEDS
TIVICAY PD	1	
TIVICAY TABS 10MG	1	
TIVICAY TABS 25MG, 50MG	1	NEDS
Agentes contra el VIH, inhibidores de la transcriptasa inversa no nucleósidos (ITINN)		
COMPLERA	1	NEDS
DELSTRIGO	1	NEDS
EDURANT	1	NEDS
EDURANT PED	1	NEDS
<i>efavirenz</i>	1	
<i>efavirenz/emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate</i>	1	NEDS
<i>efavirenz/lamivudine/tenofovir disoproxil fumarate</i>	1	NEDS
<i>emtricitabine/rilpivirine/tenofovir disoproxil fumarate</i>	1	NEDS
<i>etravirine</i>	1	NEDS
INTELENCE TABS 25MG	1	
<i>nevirapine</i>	1	
<i>nevirapine er</i>	1	
PIFELTRO	1	NEDS
Agentes contra el VIH, inhibidores de la transcriptasa inversa nucleósidos y nucleótidos (ITIN)		
<i>abacavir</i>	1	
<i>abacavir sulfate/lamivudine</i>	1	
CIMDUO	1	NEDS

ID de formulario: 25503, Versión: 14, Fecha efectiva: 08/01/2025

Última actualización: 08/01/2025

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
DESCOZY	1	NEDS
<i>emtricitabine</i>	1	
<i>emtricitabine/tenofovir disoproxil</i>	1	NEDS
<i>emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate tabs 200mg; 300mg</i>	1	
<i>emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate tabs 100mg; 150mg, 133mg; 200mg</i>	1	NEDS
EMTRIVA SOLN	1	
<i>lamivudine/zidovudine</i>	1	
<i>lamivudine soln 10mg/ml</i>	1	
<i>lamivudine tabs 150mg, 300mg</i>	1	
ODEFSEY	1	NEDS
<i>tenofovir disoproxil fumarate</i>	1	
TRIUMEQ	1	NEDS
TRIUMEQ PD	1	
TRIZIVIR	1	NEDS
VIREAD POWD	1	NEDS
VIREAD TABS 150MG, 200MG, 250MG	1	NEDS
<i>zidovudine</i>	1	
Agentes contra el virus de la hepatitis B (VHB)		
<i>adefovir dipivoxil</i>	1	
<i>entecavir</i>	1	
<i>lamivudine tabs 100mg</i>	1	
VEMLIDY	1	NEDS
Antivirales, agentes de coronavirus		
LAGEVRIO	1	QL(40 EA por 5 días)
PAXLOVID TBPK 150MG; 100MG	1	QL(11 EA por 5 días)
PAXLOVID TBPK 150MG; 100MG	1	QL(20 EA por 5 días)
PAXLOVID TBPK 300MG; 100MG	1	QL(30 EA por 5 días)
Electrolitos/minerales/metales/vitaminas		
Aglutinantes de potasio		
LOKELMA	1	QL(90 EA por 30 días)
<i>sodium polystyrene sulfonate powd</i>	1	
<i>sps</i>	1	
Modificadores de electrolitos/minerales/metales		
CHEMET	1	NEDS
deferasirox pack	1	NEDS; SP-Optum Specialty
deferasirox tabs	1	SP-Optum Specialty
deferasirox tbs 250mg, 500mg	1	NEDS; SP-Optum Specialty
deferasirox tbs 125mg	1	SP-Optum Specialty
penicillamine tabs	1	NEDS
trientine hydrochloride	1	NEDS

ID de formulario: 25503, Versión: 14, Fecha efectiva: 08/01/2025

Última actualización: 08/01/2025

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
Quelantes de fosfato		
<i>calcium acetate caps</i>	1	
<i>calcium acetate tabs 667mg</i>	1	
<i>sevelamer carbonate</i>	1	
VELPHORO	1	NEDS
Reemplazo de electrolitos/minerales		
AMINOSYN II INJ 107.6MEQ/L; 1490MG/100ML; 1527MG/100ML; 1050MG/100ML; 1107MG/100ML; 750MG/100ML; 450MG/100ML; 990MG/100ML; 1500MG/100ML; 1575MG/100ML; 258MG/100ML; 405MG/100ML; 447MG/100ML; 1083MG/100ML; 795MG/100ML; 50MEQ/L; 600MG/100ML; 300MG/100ML; 750MG/100ML	1	PA BvD
AMINOSYN-PF 7% INJ 32.5MEQ/L; 490MG/100ML; 861MG/100ML; 370MG/100ML; 576MG/100ML; 270MG/100ML; 220MG/100ML; 534MG/100ML; 831MG/100ML; 475MG/100ML; 125MG/100ML; 300MG/100ML; 570MG/100ML; 347MG/100ML; 50MG/100ML; 360MG/100ML; 125MG/100ML; 44MG/100ML; 452MG/100ML	1	PA BvD
<i>carglumic acid</i>	1	PA; NEDS
CLINIMIX 6/5	1	PA BvD
CLINIMIX 8/10	1	PA BvD
CLINIMIX E 8/10	1	PA BvD
<i>dextrose 10%</i>	1	
<i>dextrose 10%/sodium chloride 0.2%</i>	1	
<i>dextrose 10%/sodium chloride 0.45%</i>	1	
<i>dextrose 2.5%/sodium chloride 0.45%</i>	1	
<i>dextrose 5%</i>	1	
<i>dextrose 5%/sodium chloride 0.2%</i>	1	
<i>dextrose 5%/sodium chloride 0.3%</i>	1	
<i>dextrose 5%/sodium chloride 0.33%</i>	1	
<i>dextrose 5%/sodium chloride 0.45%</i>	1	
<i>dextrose 5%/sodium chloride 0.9%</i>	1	
<i>dextrose 50%</i>	1	
<i>dextrose 70%</i>	1	
<i>dextrose/sodium chloride</i>	1	
<i>effer-k tbef 25meq</i>	1	
<i>glucose (dextrose) 50%</i>	1	
<i>glucose (dextrose) 70%</i>	1	
<i>k-prime</i>	1	
<i>kcl 0.075%/d5w/nacl 0.45% inj 5%; 10meq/l; 0.45%</i>	1	
<i>kcl 0.15%/d5w/nacl 0.2%</i>	1	
<i>kcl 0.15%/d5w/nacl 0.45% inj 5%; 20meq/l; 0.45%</i>	1	

ID de formulario: 25503, Versión: 14, Fecha efectiva: 08/01/2025

Última actualización: 08/01/2025

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>kcl 0.15%/d5w/nacl 0.9% inj 5%; 20meq/l; 0.9%</i>	1	
<i>kcl 0.3%/d5w/nacl 0.45% inj 5%; 40meq/l; 0.45%</i>	1	
<i>kcl 0.3%/d5w/nacl 0.9% inj 5%; 40meq/l; 0.9%</i>	1	
<i>klor-con</i>	1	
<i>klor-con 10</i>	1	
<i>klor-con 8</i>	1	
<i>klor-con m10</i>	1	
<i>klor-con m15</i>	1	
<i>klor-con m20</i>	1	
<i>klor-con/ef</i>	1	
<i>lactated ringers inj 3meq/l; 109meq/l; 28meq/l; 4meq/l; 130meq/l</i>	1	
<i>magnesium sulfate inj 50%</i>	1	
PLENAMINE	1	PA BvD
<i>potassium chloride er</i>	1	
<i>potassium chloride/dextrose/sodium chloride inj 5%; 10meq/l; 0.45%, 5%; 20meq/l; 0.225%, 5%; 20meq/l; 0.45%, 5%; 20meq/l; 0.9%, 5%; 30meq/l; 0.45%, 5%; 40meq/l; 0.45%, 5%; 40meq/l; 0.9%</i>	1	
<i>potassium chloride pack, oral soln</i>	1	
<i>potassium chloride inj 10meq/50ml, 20meq/50ml, 2meq/ml</i>	1	
<i>potassium citrate er</i>	1	
PREMASOL INJ 52MEQ/L; 1760MG/100ML; 880MG/100ML; 34MEQ/L; 1760MG/100ML; 372MG/100ML; 406MG/100ML; 526MG/100ML; 492MG/100ML; 492MG/100ML; 526MG/100ML; 356MG/100ML; 356MG/100ML; 390MG/100ML; 34MG/100ML; 152MG/100ML	1	PA BvD
PROSOL	1	PA BvD
<i>sodium chloride 0.45% inj</i>	1	
<i>sodium chloride inj 0.9%, 2.5meq/ml, 3%, 4meq/ml, 5%</i>	1	
TRAVASOL INJ 52MEQ/L; 1760MG/100ML; 880MG/100ML; 34MEQ/L; 1760MG/100ML; 372MG/100ML; 406MG/100ML; 526MG/100ML; 492MG/100ML; 492MG/100ML; 526MG/100ML; 356MG/100ML; 500MG/100ML; 356MG/100ML; 390MG/100ML; 34MG/100ML; 152MG/100ML	1	PA BvD
TROPHAMINE INJ 0.54GM/100ML; 1.2GM/100ML; 0.32GM/100ML; 0; 0; 0.5GM/100ML; 0.36GM/100ML; 0.48GM/100ML; 0.82GM/100ML; 1.4GM/100ML; 1.2GM/100ML; 0.34GM/100ML; 0.48GM/100ML; 0.68GM/100ML; 0.38GM/100ML; 5MEQ/L; 0.025GM/100ML; 0.42GM/100ML; 0.2GM/100ML; 0.24GM/100ML; 0.78GM/100ML	1	PA BvD

ID de formulario: 25503, Versión: 14, Fecha efectiva: 08/01/2025

Última actualización: 08/01/2025

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
Vitaminas		
<i>prenatal tabs 120mg; 0; 200mg; 10mcg; 2mg; 12mcg; 27mg; 1mg; 20mg; 10mg; 1200mcg; 3mg; 1.84mg; 10mg; 25mg</i>	1	
Productos y modificadores sanguíneos		
Agentes homeostáticos		
<i>aminocaproic acid inj, oral soln</i>	1	
<i>aminocaproic acid tabs 500mg</i>	1	
<i>tranexamic acid tabs</i>	1	
Agentes modificadores de plaquetas		
<i>aspirin/dipyridamole er</i>	1	
BRILINTA	1	
CABLIVI	1	NEDS
<i>cilostazol</i>	1	
<i>clopidogrel</i>	1	
DOPTELET	1	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
<i>prasugrel hydrochloride</i>	1	
Anticoagulantes		
<i>dabigatran etexilate</i>	1	
ELIQUIS	1	
ELIQUIS STARTER PACK	1	
<i>enoxaparin sodium</i>	1	
<i>fondaparinux sodium inj 2.5mg/0.5ml</i>	1	
<i>fondaparinux sodium inj 10mg/0.8ml, 5mg/0.4ml, 7.5mg/0.6ml</i>	1	NEDS
FRAGMIN INJ 10000UNIT/4ML, 2500UNIT/0.2ML, 5000UNIT/0.2ML	1	
FRAGMIN INJ 10000UNIT/ML, 12500UNIT/0.5ML, 15000UNIT/0.6ML, 18000UNT/0.72ML, 7500UNIT/0.3ML, 95000UNIT/3.8ML	1	NEDS
<i>heparin sodium/d5w inj 5%; 40unit/ml</i>	1	
<i>heparin sodium inj 10000unit/ml, 1000unit/ml, 20000unit/ml, 5000unit/0.5ml, 5000unit/ml</i>	1	
<i>jantoven</i>	1	
<i>rivaroxaban susr</i>	1	
<i>warfarin sodium tabs</i>	1	
XARELTO STARTER PACK	1	
XARELTO TABS	1	
Productos y modificadores sanguíneos, otros		
<i>anagrelide hydrochloride</i>	1	
<i>eltrombopag olamine</i>	1	PA; NEDS
MOZOBIL	1	NEDS
NEULASTA	1	NEDS; SP-Optum Specialty
NEULASTA ONPRO KIT	1	NEDS

ID de formulario: 25503, Versión: 14, Fecha efectiva: 08/01/2025

Última actualización: 08/01/2025

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>plerixafor</i>	1	NEDS
PROCIT INJ 20000UNIT/ML, 40000UNIT/ML	1	NEDS; SP-Optum Specialty
PROCIT INJ 10000UNIT/ML, 2000UNIT/ML, 3000UNIT/ML, 4000UNIT/ML	1	SP-Optum Specialty
PROMACTA	1	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
RETACRIT INJ 40000UNIT/ML	1	NEDS; SP-Optum Specialty
RETACRIT INJ 10000UNIT/ML, 20000UNIT/2ML, 20000UNIT/ML, 2000UNIT/ML, 3000UNIT/ML, 4000UNIT/ML	1	SP-Optum Specialty
UDENYCA ONBODY	1	NEDS
UDENYCA INJ 6MG/0.6ML	1	NEDS
UDENYCA INJ 6MG/0.6ML	1	NEDS; SP-Optum Specialty
ZARXIO	1	NEDS; SP-Optum Specialty
Reguladores de la glucemia		
<i>Agentes antidiabéticos</i>		
<i>acarbose tabs</i>	1	
BYDUREON BCISE	1	PA
BYETTA	1	PA
<i>glimepiride tabs 1mg, 2mg, 4mg</i>	1	
<i>glipizide er</i>	1	
<i>glipizide/metformin hydrochloride</i>	1	
<i>glipizide tabs 10mg, 5mg</i>	1	
<i>glyburide micronized</i>	1	
<i>glyburide/metformin hydrochloride</i>	1	
<i>glyburide tabs 1.25mg, 2.5mg, 5mg</i>	1	
GLYXAMBI	1	
JANUMET	1	
JANUMET XR	1	
JANUVIA	1	
JENTADUETO	1	
JENTADUETO XR	1	
<i>metformin hydrochloride er tb24 500mg, 750mg</i>	1	
<i>metformin hydrochloride soln</i>	1	
<i>metformin hydrochloride tabs 1000mg, 500mg, 850mg</i>	1	
<i>miglitol</i>	1	
MOUNJARO	1	PA
<i>nateglinide</i>	1	
OZEMPIC	1	PA
<i>pioglitazone hcl-glimepiride</i>	1	

ID de formulario: 25503, Versión: 14, Fecha efectiva: 08/01/2025

Última actualización: 08/01/2025

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>pioglitazone hcl/metformin hcl</i>	1	
<i>pioglitazone hcl tabs 45mg</i>	1	
<i>pioglitazone hydrochloride tabs 15mg, 30mg</i>	1	
<i>repaglinide</i>	1	
RYBELSUS	1	PA
<i>saxagliptin hydrochloride</i>	1	
<i>saxagliptin hydrochloride/metformin hydrochloride er</i>	1	
SYMLINPEN 120	1	NEDS
SYMLINPEN 60	1	NEDS
SYNJARDY	1	
SYNJARDY XR	1	
TRADJENTA	1	
TRULICITY	1	PA
XIGDUO XR	1	
Agentes antiglucémicos		
BAQSIMI ONE PACK	1	
BAQSIMI TWO PACK	1	
<i>diazoxide susp</i>	1	
GLUCAGEN HYPOKIT	1	
GLUCAGON EMERGENCY KIT	1	
GLUCAGON EMERGENCY KIT FOR LOW BLOOD SUGAR	1	
GVOKE HYPOPEN 1-PACK	1	
GVOKE HYPOPEN 2-PACK	1	
GVOKE KIT	1	
GVOKE PFS	1	
Insulinas		
HUMALOG	1	
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN	1	
HUMALOG KWIKPEN	1	
HUMALOG MIX 50/50	1	
HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN	1	
HUMALOG MIX 75/25	1	
HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN	1	
HUMULIN 70/30	1	
HUMULIN 70/30 KWIKPEN	1	
HUMULIN N	1	
HUMULIN N KWIKPEN	1	
HUMULIN R	1	
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED)	1	
HUMULIN R U-500 KWIKPEN	1	
INSULIN LISPRO	1	
<i>insulin lispro junior kwikpen</i>	1	
<i>insulin lispro kwikpen</i>	1	

ID de formulario: 25503, Versión: 14, Fecha efectiva: 08/01/2025

Última actualización: 08/01/2025

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>insulin lispro protamine/insulin lispro kwikpen</i>	1	
LANTUS	1	
LANTUS SOLOSTAR	1	
LEVEMIR FLEXTOUCH	1	
NOVOLIN 70/30	1	
NOVOLIN 70/30 FLEXPEN	1	
NOVOLIN N	1	
NOVOLIN N FLEXPEN	1	
NOVOLIN R	1	
NOVOLIN R FLEXPEN	1	
NOVOLOG	1	
NOVOLOG FLEXPEN	1	
NOVOLOG MIX 70/30	1	
NOVOLOG MIX 70/30 PREFILLED FLEXPEN	1	
NOVOLOG PENFILL	1	
TOUJEO MAX SOLOSTAR	1	
TOUJEO SOLOSTAR	1	
TRESIBA	1	
TRESIBA FLEXTOUCH	1	
Relajantes musculares esqueléticos		
<i>Relajantes musculares esqueléticos</i>		
<i>cyclobenzaprine hydrochloride</i>	1	
Trastorno genético, enzimático o proteico: Reemplazo, modificadores, tratamiento		
<i>Trastorno genético, enzimático o proteico: Reemplazo, modificadores, tratamiento</i>		
<i>betaine anhydrous</i>	1	NEDS
CHOLBAM	1	PA; NEDS
CREON	1	
<i>cromolyn sodium conc 100mg/5ml</i>	1	
CYSTAGON	1	
<i>dichlorphenamide</i>	1	PA; NEDS
ENDARI	1	NEDS
<i>l-glutamine</i>	1	NEDS
<i>miglustat</i>	1	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
<i>nitisinone caps 20mg</i>	1	PA; NEDS
<i>nitisinone caps 10mg, 2mg, 5mg</i>	1	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
PROLASTIN-C	1	PA; NEDS
PYRUKYND	1	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
PYRUKYND TAPER PACK	1	PA; NEDS; SP-Optum Specialty

ID de formulario: 25503, Versión: 14, Fecha efectiva: 08/01/2025

Última actualización: 08/01/2025

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
REVCovi	1	NEDS
<i>sapropterin dihydrochloride</i>	1	PA; NEDS; SP-Optum Specialty
<i>sodium phenylbutyrate</i>	1	NEDS
SUCRAID	1	NEDS
WELIREG	1	PA NSO; NEDS
YARGESA	1	PA; NEDS
ZENPEP	1	

ID de formulario: 25503, Versión: 14, Fecha efectiva: 08/01/2025

Última actualización: 08/01/2025

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

D. Indice de Medicamentos Cubiertos

Nombre del medicamento	Página	Nombre del medicamento	Página
<i>abacavir</i>	55	<i>aliskiren</i>	5
<i>abacavir sulfate/lamivudine</i>	55	<i>allopurinol</i>	9
<i>ABELCET</i>	43	<i>ALOCRIL</i>	26
<i>abigale</i>	17	<i>alosetron hydrochloride</i>	15
<i>abigale lo</i>	17	<i>ALPHAGAN P</i>	26
<i>ABILIFY ASIMTUFII</i>	52	<i>alprazolam</i>	36
<i>ABILIFY MAINTENA</i>	52	<i>alprazolam er</i>	36
ABILIFY MYCITE MAINTENANCE KIT	52	<i>ALUNBRIG</i>	46
ABILIFY MYCITE STARTER KIT	52	<i>alyq</i>	30
<i>abiraterone acetate</i>	44	<i>amabelz</i>	17
<i>ABIRTEGA</i>	44	<i>amantadine hcl</i>	54
<i>ABRYSVO</i>	25	<i>ambrisentan</i>	30
<i>acamprosate calcium dr</i>	29	<i>amcinonide</i>	13
<i>acarbose</i>	60	<i>amethia</i>	17
<i>accutane</i>	13	<i>amikacin sulfate</i>	36
<i>acebutolol hydrochloride</i>	4	<i>amiloride hcl</i>	8
<i>acetaminophen/codeine</i>	34	<i>amiloride/hydrochlorothiazide</i>	5
<i>acetaminophen/codeine phosphate</i>	34	<i>aminocaproic acid</i>	59
<i>acetazolamide</i>	26	<i>AMINOSYN II</i>	57
<i>acetazolamide er</i>	26	<i>AMINOSYN-PF 7%</i>	57
<i>acetic acid</i>	33	<i>amiodarone hydrochloride</i>	6
<i>acetic acid 0.25%</i>	16	<i>amitriptyline hcl</i>	41
<i>acetylcysteine</i>	29	<i>amitriptyline hydrochloride</i>	41
<i>acitretin</i>	13	<i>amlodipine besylate</i>	5
<i>ACTHIB</i>	25	<i>amlodipine besylate/atorvastatin calcium</i>	5
<i>ACTIMMUNE</i>	23	<i>amlodipine besylate/benazepril hydrochloride</i>	5
<i>acyclovir</i>	55	<i>amlodipine besylate/valsartan</i>	5
<i>acyclovir sodium</i>	55	<i>amlodipine/olmesartan medoxomil</i>	5
<i>ADACEL</i>	25	<i>amlodipine/valsartan/hydrochlorothiazide ammonium lactate</i>	5
<i>adapalene</i>	13	<i>amnesteem</i>	13
<i>adefovir dipivoxil</i>	56	<i>amoxapine</i>	41
<i>ADEMPAS</i>	30	<i>amoxicillin</i>	38
<i>ADTHYZA</i>	20	<i>amoxicillin/clavulanate potassium</i>	38
<i>AIMOVIG</i>	3	<i>amoxicillin/clavulanate potassium er</i>	38
<i>AKEEGA</i>	45	<i>amphetamine/dextroamphetamine</i>	10
<i>albendazole</i>	51	<i>amphotericin b</i>	43
<i>albuterol sulfate</i>	32	<i>amphotericin b liposome</i>	43
<i>albuterol sulfate hfa</i>	32	<i>ampicillin</i>	38
<i>alcohol prep pads</i>	32	<i>ampicillin sodium</i>	38
<i>ALECENSA</i>	46	<i>ampicillin/sulbactam</i>	38
<i>alendronate sodium</i>	9	<i>ampicillin-sulbactam</i>	38
<i>alfuzosin hcl er</i>	16	<i>anagrelide hydrochloride</i>	59
		<i>anastrozole</i>	46

ID de formulario: 25503, Versión: 14, Fecha efectiva: 08/01/2025

Última actualización: 08/01/2025

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	azelastine hcl	31
<i>apraclonidine</i>	26	azelastine hydrochloride	31
<i>aprepitant</i>	42	azithromycin	38
<i>apri</i>	17	aztreonam	36
APTIOM	40	azurette	17
APTIVUS	53	bacitracin	27
ARCALYST	21	<i>bacitracin/polymyxin b</i>	27
AREXVY	25	<i>baclofen</i>	3
<i>arformoterol tartrate</i>	32	<i>balsalazide disodium</i>	9
ARIKAYCE	36	BALVERSA	46
<i>ariPIPrazole</i>	52	<i>balziva</i>	17
<i>ariPIPrazole odt</i>	52	BAQSIMI ONE PACK	61
ARISTADA	52	BAQSIMI TWO PACK	61
ARISTADA INITIO	52	BCG VACCINE	25
<i>armodafinil</i>	12	<i>bd insulin syringe safetyglide/1ml/29g x 1/2"</i>	32
ARMOUR THYROID	20	<i>bd insulin syringe ultrafine ii/0.3ml/31g x 5/16"</i>	32
<i>asenapine maleate sl</i>	52	<i>bd insulin syringe ultra-fine/0.5ml/30g x 12.7mm</i>	32
<i>ashlyna</i>	17	<i>bd insulin syringe ultra-fine/1ml/31g x 8mm</i>	32
<i>aspirin/dipyridamole er</i>	59	<i>bd insulin syringe/u-100/1ml/27g x 1/2"</i>	32
<i>atazanavir</i>	53	<i>bd insulin syringe/u-500/0.5ml/31g x 6mm</i>	32
<i>atazanavir sulfate</i>	53	<i>bd pen needle/original/ultra-fine/29g x 12.7mm</i>	32
<i>atenolol</i>	4	BELSOMRA	12
<i>atenolol/chlorthalidone</i>	5	benazepril hydrochloride	8
<i>atomoxetine</i>	11	benazepril	5
<i>atomoxetine hydrochloride</i>	11	hydrochloride/hydrochlorothiazide	
<i>atorvastatin calcium</i>	7	BENLYSTA	21
<i>atovaquone</i>	51	benztropine mesylate	4
<i>atovaquone/proguanil hcl</i>	51	bepotastine besilate	26
atovaquone/proguanil hydrochloride	51	BERINERT	23
<i>atropine sulfate</i>	27	BESIVANCE	27
ATROVENT HFA	32	BESREMI	23
AUGTYRO	46	betaine anhydrous	62
AUSTEDO	11	BETAMETHASONE DIPROPIONATE	13
AUSTEDO XR	11	betamethasone dipropionate augmented	13
AUSTEDO XR PATIENT TITRATION	11	betamethasone valerate	13
KIT		BETASERON	10
AUVELITY	41	betaxolol hcl	26
<i>aviane</i>	17	bethanechol chloride	16
<i>avita</i>	13	BETIMOL	26
AVONEX	10	BEVESPI AEROSPHERE	29
AVONEX PEN	9	bexarotene	51
AYVAKIT	46		
<i>azathioprine</i>	23		
<i>azelaic acid</i>	13		
<i>azelastine hcl</i>	26		

ID de formulario: 25503, Versión: 14, Fecha efectiva: 08/01/2025

Última actualización: 08/01/2025

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
BEXSERO	25	<i>butorphanol tartrate</i>	34
<i>bicalutamide</i>	44	BYDUREON BCISE	60
BICILLIN L-A	38	BYETTA	60
BIKTARVY	55	<i>cabergoline</i>	21
<i>bimatoprost</i>	28	CABLIVI	59
<i>bisoprolol fumarate</i>	4	CABOMETYX	47
<i>bisoprolol fumarate/hydrochlorothiazide</i>	5	<i>calcipotriene</i>	12
BIVIGAM	23	CALCITONIN SALMON	9
BONSITY	9	<i>calcitonin-salmon</i>	9
BOOSTRIX	25	<i>calcitriol</i>	9
<i>bortezomib</i>	45	<i>calcitriol</i>	12
<i>boruzu</i>	45	<i>calcium acetate</i>	57
<i>bosentan</i>	30	CALQUENCE	47
BOSULIF	46	<i>camila</i>	19
BRAFTOVI	47	<i>candesartan cilexetil</i>	6
BREO ELLIPTA	29	<i>candesartan cilexetil/hydrochlorothiazide</i>	5
BREYNA	29	CAPLYTA	52
BREZTRI AEROSPHERE	29	CAPRELSA	47
<i>briellyn</i>	17	<i>captopril</i>	8
BRILINTA	59	<i>carbamazepine</i>	40
<i>brimonidine tartrate</i>	26	<i>carbamazepine er</i>	40
<i>brimonidine tartrate/timolol maleate</i>	27	<i>carbidopa</i>	4
<i>brinzolamide</i>	26	<i>carbidopa/levodopa</i>	4
BRIVIACT	40	<i>carbidopa/levodopa er</i>	4
<i>bromfenac</i>	28	<i>carbidopa/levodopa odt</i>	4
<i>bromfenac sodium</i>	28	<i>carbidopa/levodopa/entacapone</i>	4
<i>bromocriptine mesylate</i>	4	<i>carglumic acid</i>	57
BROMSITE	28	<i>carteolol hcl</i>	26
BRONCHITOL	29	<i>cartia xt</i>	5
BRUKINSA	47	<i>carvedilol</i>	4
<i>budesonide</i>	9	CAYSTON	30
<i>budesonide</i>	31	<i>cefaclor</i>	37
<i>budesonide er</i>	9	<i>cefadroxil</i>	37
<i>bumetanide</i>	8	<i>cefazin</i>	37
<i>buprenorphine</i>	34	<i>cefazin sodium</i>	37
<i>buprenorphine hcl</i>	29	<i>cefazolin sodium/dextrose</i>	37
<i>buprenorphine hcl/naloxone hcl</i>	29	<i>cefazolin/dextrose</i>	37
<i>buprenorphine hydrochloride/naloxone hydrochloride</i>	29	<i>cefdinir</i>	37
<i>bupropion hydrochloride</i>	41	<i>cefpime</i>	37
<i>bupropion hydrochloride er (sr)</i>	28	<i>cefpime hydrochloride</i>	37
<i>bupropion hydrochloride er (sr)</i>	41	<i>cefpime/dextrose</i>	37
<i>bupropion hydrochloride er (xl)</i>	41	<i>cefixime</i>	37
<i>buspirone hcl</i>	36	<i>cefotetan</i>	37
<i>buspirone hydrochloride</i>	36	<i>cefoxitin sodium</i>	37

ID de formulario: 25503, Versión: 14, Fecha efectiva: 08/01/2025

Última actualización: 08/01/2025

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
ceprozil	37	clindamycin phosphate/benzoyl peroxide	13
ceftazidime	37	clindamycin/benzoyl peroxide	13
ceftriaxone in iso-osmotic dextrose	37	CLINIMIX 6/5	57
ceftriaxone sodium	37	CLINIMIX 8/10	57
ceftriaxone/dextrose	37	CLINIMIX E 8/10	57
cefuroxime axetil	37	clobazam	39
cefuroxime sodium	37	CLOBETASOL PROPIONATE	13
celecoxib	35	clobetasol propionate e	13
cephalexin	38	clodan	14
cevimeline hydrochloride	12	clomipramine hydrochloride	41
CHEMET	56	clonazepam	39
chlorhexidine gluconate	12	clonazepam odt	39
chloroquine phosphate	51	clonidine	6
chlorpromazine hcl	52	clonidine hydrochloride	6
chlorpromazine hydrochloride	52	clonidine hydrochloride er	11
chlorthalidone	8	clopidogrel	59
CHOLBAM	62	clorazepate dipotassium	36
cholestyramine	7	clotrimazole	43
cholestyramine light	7	clotrimazole/betamethasone dipropionate	12
CICLOPIROX	14	clozapine	52
ciclopirox nail lacquer	14	clozapine odt	52
ciclopirox olamine	14	COARTEM	51
cidofovir	54	COBENFY	11
cilstostazol	59	COBENFY STARTER PACK	11
CIMDUO	55	codeine sulfate	34
cimetidine	16	colchicine	9
cinacalcet hydrochloride	9	colestipol hydrochloride	7
ciprofloxacin	33	colistimethate sodium	36
ciprofloxacin	38	COMBIVENT RESPIMAT	29
ciprofloxacin hcl	38	COMETRIQ	47
ciprofloxacin hydrochloride	27	COMPLERA	55
ciprofloxacin hydrochloride	38	constulose	15
ciprofloxacin i.v.-in d5w	38	COPIKTRA	47
ciprofloxacin/dexamethasone	33	CORLANOR	6
citalopram hydrobromide	42	CORTIFOAM	9
claravis	13	CORTISPORIN-TC	33
clarithromycin	38	COSENTYX	21
clarithromycin er	38	COSENTYX SENSOREADY PEN	21
CLENPIQ	15	COSENTYX UNOREADY	21
clindacin-p	36	COTELLIC	47
clindamycin hcl	36	CREON	62
clindamycin hydrochloride	36	cromolyn sodium	26
clindamycin palmitate hydrochloride	36	cromolyn sodium	32
clindamycin phosphate	14	cromolyn sodium	62
clindamycin phosphate	36	curity gauze pads 2"x2" 12 ply	33

ID de formulario: 25503, Versión: 14, Fecha efectiva: 08/01/2025

Ultima actualización: 08/01/2025

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
CUVITRU	23	dexamethasone sodium phosphate +rfid	20
cyclobenzaprine hydrochloride	62	DEXLANSOPRAZOLE	16
cyclopentolate hcl	27	dexmethylphenidate hcl	11
cyclopentolate hydrochloride	27	dexmethylphenidate hcl er	11
cyclophosphamide	44	dexmethylphenidate hydrochloride	11
cyclosporine	23	dexmethylphenidate hydrochloride er	11
cyclosporine	27	dextroamphetamine sulfate	11
cyclosporine modified	23	dextroamphetamine sulfate er	10
cyproheptadine hcl	31	dextrose 10%	57
cyproheptadine hydrochloride	31	dextrose 10%/sodium chloride 0.2%	57
CYSTAGON	62	dextrose 10%/sodium chloride 0.45%	57
CYSTARAN	27	dextrose 2.5%/sodium chloride 0.45%	57
dabigatran etexilate	59	dextrose 5%	57
dalfampridine er	10	dextrose 5%/sodium chloride 0.2%	57
danazol	17	dextrose 5%/sodium chloride 0.3%	57
dantrolene sodium	3	dextrose 5%/sodium chloride 0.33%	57
DANZITEN	47	dextrose 5%/sodium chloride 0.45%	57
DAPSONE	43	dextrose 5%/sodium chloride 0.9%	57
DAPTACEL	25	dextrose 50%	57
daptomycin	36	dextrose 70%	57
daptomycin/sodium chloride	36	dextrose/sodium chloride	57
darifenacin hydrobromide er	16	DIACOMIT	39
darunavir	53	diazepam	36
DARZALEX	45	diazepam intensol	36
dasatinib	47	diazepam rectal gel	39
DAURISMO	47	diazoxide	61
deblitane	19	dichlorphenamide	62
deferasirox	56	diclofenac epolamine	35
DELSTRIGO	55	diclofenac potassium	35
DENGVAXIA	25	diclofenac sodium	13
DEPO-MEDROL	20	diclofenac sodium	28
DEPO-SUBQ PROVERA 104	19	diclofenac sodium	35
DESCOVY	56	diclofenac sodium dr	35
desipramine hydrochloride	41	diclofenac sodium er	35
desloratadine	31	dicloxacillin sodium	38
desmopressin acetate	17	dicyclomine hcl	16
desogestrel/ethinyl estradiol	17	dicyclomine hydrochloride	16
DESONIDE	14	DIFICID	38
desoximetasone	14	diflunisal	35
DESRX	14	difluprednate	28
desvenlafaxine er	42	digitek	6
dexamethasone	20	digoxin	6
dexamethasone intensol	20	dihydroergotamine mesylate	3
dexamethasone sodium phosphate	20	diltiazem hcl	5
dexamethasone sodium phosphate	28	diltiazem hcl cd	5

ID de formulario: 25503, Versión: 14, Fecha efectiva: 08/01/2025

Ultima actualización: 08/01/2025

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 er</i>	5	<i>efavirenz/emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate</i>	55
<i>diltiazem hydrochloride</i>	5	<i>efavirenz/lamivudine/tenofovir disoproxil fumarate</i>	55
<i>diltiazem hydrochloride er</i>	5	<i>effer-k</i>	57
<i>dilt-xr</i>	5	ELIGARD	21
<i>dimethyl fumarate</i>	10	ELIQUIS	59
<i>diphenhydramine hydrochloride</i>	31	ELIQUIS STARTER PACK	59
<i>diphtheria/tetanus toxoids adsorbed pediatric</i>	25	<i>elixophyllin</i>	32
<i>disulfiram</i>	29	ELMIRON	16
<i>divalproex sodium dr</i>	39	<i>eltrombopag olamine</i>	59
<i>divalproex sodium er</i>	39	<i>eluryng</i>	18
DOCETAXEL	45	EMCYT	45
DOFETILIDE	7	EMGALITY	3
<i>donepezil hcl</i>	3	EMSAM	41
<i>donepezil hydrochloride</i>	3	<i>emtricitabine</i>	56
DOPTELET	59	<i>emtricitabine/rilpivirine/tenofovir disoproxil fumarate</i>	55
<i>dorzolamide hcl/timolol maleate</i>	27	<i>emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate</i>	56
<i>dorzolamide hydrochloride</i>	26	EMTRIVA	56
<i>dorzolamide hydrochloride/timolol maleate pf</i>	27	<i>enalapril maleate</i>	8
<i>dotti</i>	18	<i>enalapril maleate/hydrochlorothiazide</i>	6
DOVATO	55	ENBREL	24
<i>doxazosin mesylate</i>	16	ENBREL MINI	23
<i>doxepin hcl</i>	42	ENBREL SURECLICK	23
<i>doxepin hydrochloride</i>	42	ENDARI	62
DOXY 100	39	<i>endocet</i>	34
<i>doxycycline</i>	39	ENGERIX-B	25
<i>doxycycline hydrate</i>	39	<i>enilloring</i>	18
DRIZALMA SPRINKLE	42	<i>enoxaparin sodium</i>	59
<i>dronabinol</i>	42	<i>entacapone</i>	4
<i>droplet pen needles 29gx10mm</i>	33	<i>entecavir</i>	56
<i>drospirenone/ethinyl estradiol</i>	18	ENTRESTO	6
DROXIA	45	<i>enulose</i>	15
<i>droxidopa</i>	6	ENVARSUS XR	24
<i>duloxetine hydrochloride dr</i>	42	EPIDIOLEX	40
DUPIXENT	22	<i>epinastine hcl</i>	26
<i>dutasteride</i>	16	<i>epinephrine</i>	32
<i>dutasteride/tamsulosin hydrochloride</i>	16	<i>epitol</i>	40
<i>ec-naproxen</i>	35	<i>eplerenone</i>	6
<i>econazole nitrate</i>	43	EPRONTIA	40
EDURANT	55	<i>ergotamine tartrate/caffeine</i>	3
EDURANT PED	55	ERIVEDGE	47
<i>efavirenz</i>	55	ERLEADA	44

ID de formulario: 25503, Versión: 14, Fecha efectiva: 08/01/2025

Última actualización: 08/01/2025

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>erlotinib hydrochloride</i>	47	<i>felodipine er</i>	5
<i>errin</i>	19	<i>fenofibrate</i>	7
<i>ertapenem sodium</i>	38	<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>	27	<i>fentanyl citrate oral transmucosal</i>	34
<i>erythromycin dr</i>	38	FETZIMA	42
<i>erythromycin ethylsuccinate</i>	38	FETZIMA TITRATION PACK	42
<i>escitalopram oxalate</i>	42	<i>finasteride</i>	16
<i>eslicarbazepine acetate</i>	40	<i> fingolimod hydrochloride</i>	10
<i>esomeprazole magnesium</i>	16	FINTEPLA	40
<i>estradiol</i>	18	<i> finzala</i>	18
<i>estradiol valerate</i>	18	FIRMAGON	21
<i>estradiol/norethindrone acetate</i>	18	<i> flac</i>	33
ESTRING	18	FLAREX	28
<i>eszopiclone</i>	12	FLEBOGAMMA DIF	23
<i>ethacrynic acid</i>	8	<i>flecainide acetate</i>	7
<i>ethambutol hydrochloride</i>	43	FLOLIPID	7
<i>ethosuximide</i>	39	FLOVENT DISKUS	31
<i>etodolac</i>	35	<i> fluconazole</i>	43
<i>etodolac er</i>	35	<i>fluconazole in sodium chloride</i>	43
<i>etonogestrel/ethynodiol diacetate</i>	18	<i> flucytosine</i>	43
<i>etravirine</i>	55	<i> fludrocortisone acetate</i>	20
EULEXIN	44	<i> flunisolide</i>	31
<i>euthyrox</i>	20	<i> fluocinolone acetonide</i>	14
<i>everolimus</i>	24	<i> fluocinolone acetonide</i>	33
<i>everolimus</i>	47	<i> fluocinolone acetonide body</i>	14
EVOTAZ	53	<i> fluocinolone acetonide scalp</i>	14
<i>exemestane</i>	46	<i> fluocinolone acetonide topical</i>	14
EXKIVITY	47	FLUOCINONIDE	14
<i>ezetimibe</i>	7	<i> fluocinonide emulsified base</i>	14
<i>ezetimibe/simvastatin</i>	7	<i> fluorometholone</i>	28
<i>falmina</i>	18	<i> fluorouracil</i>	13
<i>famciclovir</i>	55	<i> fluoxetine dr</i>	42
<i>famotidine</i>	16	<i> fluoxetine hydrochloride</i>	42
FANAPT	52	<i> fluphenazine decanoate</i>	52
FANAPT TITRATION PACK A	52	<i> fluphenazine hcl</i>	52
FANAPT TITRATION PACK B	52	<i> fluphenazine hydrochloride</i>	52
FANAPT TITRATION PACK C	52	<i> flurazepam hcl</i>	12
FARXIGA	8	<i> flurazepam hydrochloride</i>	12
FASENRA	29	<i> flurbiprofen</i>	35
FASENRA PEN	29	<i> flurbiprofen sodium</i>	28
FEIRZA 1.5/30	18	<i> flutamide</i>	44
FEIRZA 1/20	18	<i> fluticasone propionate</i>	14
<i>felbamate</i>	40	<i> fluticasone propionate</i>	31

ID de formulario: 25503, Versión: 14, Fecha efectiva: 08/01/2025

Última actualización: 08/01/2025

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 diskus</i>	31	<i>glatiramer acetate</i>	10
<i>fluticasone propionate hfa</i>	31	GLEOSTINE	44
<i>fluticasone propionate/salmeterol</i>	29	<i>glimepiride</i>	60
<i>fluticasone propionate/salmeterol diskus</i>	29	<i>glipizide</i>	60
<i>fluvastatin</i>	7	<i>glipizide er</i>	60
<i>fluvastatin sodium er</i>	7	<i>glipizide/metformin hydrochloride</i>	60
<i>fluvoxamine maleate</i>	42	GLOPERBA	9
<i>fondaparinux sodium</i>	59	GLUCAGEN HYPOKIT	61
<i>formoterol fumarate</i>	32	GLUCAGON EMERGENCY KIT	61
<i>fosamprenavir calcium</i>	53	GLUCAGON EMERGENCY KIT FOR	61
<i>fosinopril sodium</i>	8	LOW BLOOD SUGAR	
<i>fosinopril sodium/hydrochlorothiazide</i>	6	<i>glucose (dextrose) 50%</i>	57
FOTIVDA	47	<i>glucose (dextrose) 70%</i>	57
FRAGMIN	59	<i>glyburide</i>	60
FRUZAQLA	47	<i>glyburide micronized</i>	60
<i>furosemide</i>	8	<i>glyburide/metformin hydrochloride</i>	60
FUZEON	54	<i>glycopyrrolate</i>	16
<i>fyavolv</i>	18	<i>glydo</i>	35
FYCOMPA	41	GLYXAMBI	60
<i>gabapentin</i>	39	<i>gnp insulin syringe/0.3ml/30g x 5/16"</i>	33
<i>galantamine hydrobromide</i>	3	<i>gnp insulin syringe/0.5ml/30g x 5/16"</i>	33
<i>galantamine hydrobromide er</i>	3	GOMEKLI	47
<i>gallifrey</i>	19	<i>granisetron hydrochloride</i>	42
GAMMAGARD LIQUID	23	<i>griseofulvin microsize</i>	43
GAMMAPLEX	23	<i>griseofulvin ultramicrosize</i>	43
GARDASIL 9	25	<i>guanfacine hydrochloride er</i>	11
<i>gatifloxacin</i>	27	GVOKE HYPOPEN 1-PACK	61
<i>gauze pads 2"x2"</i>	33	GVOKE HYPOPEN 2-PACK	61
<i>gavilyte-c</i>	15	GVOKE KIT	61
<i>gavilyte-g</i>	15	GVOKE PFS	61
<i>gavilyte-n/flavor pack</i>	15	HAEGARDA	23
GAVRETO	47	<i>halobetasol propionate</i>	14
<i>gefitinib</i>	47	<i>haloette</i>	18
<i>gemfibrozil</i>	7	<i>haloperidol</i>	52
GEMTESA	16	<i>haloperidol decanoate</i>	52
<i>generlac</i>	15	<i>haloperidol lactate</i>	52
GENGRAF	24	HAVRIX	25
GENOTROPIN	17	<i>heather</i>	19
GENOTROPIN MINIQUICK	17	heparin sodium	59
<i>gentak</i>	27	<i>heparin sodium/d5w</i>	59
<i>gentamicin sulfate</i>	27	HEPLISAV-B	25
<i>gentamicin sulfate</i>	36	HIBERIX	25
<i>gentamicin sulfate/0.9% sodium chloride</i>	36	HIZENTRA	23
GENVOYA	55	HUMALOG	61
GILOTrif	47	HUMALOG JUNIOR KWIKPEN	61

ID de formulario: 25503, Versión: 14, Fecha efectiva: 08/01/2025

Ultima actualización: 08/01/2025

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
HUMALOG KWIKPEN	61	<i>icosapent ethyl</i>	7
HUMALOG MIX 50/50	61	IDHIFA	48
HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN	61	ILEVRO	28
HUMALOG MIX 75/25	61	<i>imatinib mesylate</i>	48
HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN	61	IMBRUVICA	48
HUMIRA	24	<i>imipenem/cilastatin</i>	38
HUMIRA PEDIATRIC CROHNS DISEASE STARTER PACK	24	<i>imipramine hcl</i>	42
HUMIRA PEN	24	<i>imipramine hydrochloride</i>	42
HUMIRA PEN-CD/UC/HS STARTER	24	<i>imiquimod</i>	13
HUMIRA PEN-PEDIATRIC UC STARTER PACK	24	IMKELDI	48
HUMIRA PEN-PS/UV STARTER	24	IMOVAX RABIES (H.D.C.V.)	25
HUMULIN 70/30	61	IMPAVIDO	37
HUMULIN 70/30 KWIKPEN	61	IMVEXXY MAINTENANCE PACK	18
HUMULIN N	61	IMVEXXY STARTER PACK	18
HUMULIN N KWIKPEN	61	INCRELEX	17
HUMULIN R	61	INCRUSE ELLIPTA	32
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED)	61	<i>indapamide</i>	8
HUMULIN R U-500 KWIKPEN	61	<i>indomethacin</i>	35
<i>hydralazine hydrochloride</i>	8	INFANRIX	25
<i>hydrochlorothiazide</i>	8	INGREZZA	11
<i>hydrocodone bitartrate/acetaminophen</i>	34	INLYTA	48
<i>hydrocodone/acetaminophen</i>	34	INQOVI	48
<i>hydrocortisone</i>	9	INREBIC	45
<i>hydrocortisone</i>	14	INSULIN LISPRO	61
<i>hydrocortisone</i>	20	<i>insulin lispro junior kwikpen</i>	61
HYDROCORTISONE BUTYRATE	14	<i>insulin lispro kwikpen</i>	61
<i>hydrocortisone sodium succinate</i>	20	<i>insulin lispro protamine/insulin lispro kwikpen</i>	62
HYDROCORTISONE VALERATE	14	INTELENCE	55
<i>hydrocortisone/acetic acid</i>	33	INTRALIPID	33
<i>hydromorphone hcl</i>	34	<i>introvale</i>	18
<i>hydromorphone hcl er</i>	34	INVEGA HAFYERA	52
<i>hydroxychloroquine sulfate</i>	51	INVEGA SUSTENNA	53
<i>hydroxyurea</i>	45	INVEGA TRINZA	53
<i>hydroxyzine hcl</i>	31	IPOL INACTIVATED IPV	25
<i>hydroxyzine hydrochloride</i>	31	<i>ipratropium bromide</i>	32
<i>hydroxyzine pamoate</i>	31	<i>ipratropium bromide/albuterol sulfate</i>	29
IBRANCE	45	<i>irbesartan</i>	6
IBRANCE	48	<i>irbesartan/hydrochlorothiazide</i>	6
<i>ibu</i>	35	ISENTRESS	55
<i>ibuprofen</i>	35	ISENTRESS HD	55
<i>icatibant acetate</i>	23	<i>isoniazid</i>	43
<i>iclevia</i>	18	<i>isosorbide dinitrate</i>	8
ICLUSIG	48	<i>isosorbide mononitrate</i>	8
		<i>isosorbide mononitrate er</i>	8

ID de formulario: 25503, Versión: 14, Fecha efectiva: 08/01/2025

Última actualización: 08/01/2025

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>isotonic gentamicin</i>	36	KISQALI	48
<i>isotretinoïn</i>	13	KISQALI FEMARA 200 DOSE	45
ITOVEBI	45	KISQALI FEMARA 400 DOSE	45
<i>itraconazole</i>	43	KISQALI FEMARA 600 DOSE	45
<i>ivabradine hydrochloride</i>	6	<i>klayesta</i>	43
<i>ivermectin</i>	51	<i>klor-con</i>	58
IWLFIN	45	<i>klor-con 10</i>	58
IXCHIQ	25	<i>klor-con 8</i>	58
IXIARO	25	<i>klor-con m10</i>	58
<i>jaimiess</i>	18	<i>klor-con m15</i>	58
JAKAFI	48	<i>klor-con m20</i>	58
<i>jantoven</i>	59	<i>klor-con/ef</i>	58
JANUMET	60	KORLYM	21
JANUMET XR	60	KOSELUGO	48
JANUVIA	60	<i>kourzeq</i>	12
JARDIANCE	8	<i>k-prime</i>	57
JAYPIRCA	48	KRAZATI	48
JENTADUETO	60	KYNMOBI	4
JENTADUETO XR	60	KYPROLIS	46
<i>jinteli</i>	18	<i>labetalol hydrochloride</i>	4
<i>joyeaux</i>	18	<i>lacosamide</i>	40
JULUCA	55	<i>lactated ringers</i>	58
<i>junel 1.5/30</i>	18	<i>lactulose</i>	15
<i>junel 1/20</i>	18	LAGEVRIO	56
<i>junel fe 1.5/30</i>	18	<i>lamivudine</i>	56
<i>junel fe 1/20</i>	18	<i>lamivudine</i>	56
<i>junel fe 24</i>	18	<i>lamivudine/zidovudine</i>	56
JYLAMVO	24	<i>lamotrigine</i>	41
JYNNEOS	25	<i>lamotrigine er</i>	41
KALETRA	53	<i>lamotrigine odt</i>	41
KALYDECO	30	<i>lamotrigine starter kit/blue</i>	41
<i>kariva</i>	18	<i>lamotrigine starter kit/green</i>	41
<i>kcl 0.075%/d5w/nacl 0.45%</i>	57	<i>lamotrigine starter kit/orange</i>	41
<i>kcl 0.15%/d5w/nacl 0.2%</i>	57	<i>lanreotide acetate</i>	21
<i>kcl 0.15%/d5w/nacl 0.45%</i>	57	<i>lansoprazole</i>	16
<i>kcl 0.15%/d5w/nacl 0.9%</i>	58	LANTUS	62
<i>kcl 0.3%/d5w/nacl 0.45%</i>	58	LANTUS SOLOSTAR	62
<i>kcl 0.3%/d5w/nacl 0.9%</i>	58	<i>lapatinib ditosylate</i>	48
<i>kelnor 1/35</i>	18	<i>larin 1.5/30</i>	18
<i>kenalog-10</i>	20	<i>larin 1/20</i>	18
KERENDIA	6	<i>larin fe 1.5/30</i>	18
KESIMPTA	10	<i>larin fe 1/20</i>	18
<i>ketoconazole</i>	43	<i>latanoprost</i>	28
<i>ketorolac tromethamine</i>	28	LAZCLUZE	45
KINRIX	25	<i>leflunomide</i>	24

ID de formulario: 25503, Versión: 14, Fecha efectiva: 08/01/2025

Última actualización: 08/01/2025

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>lenalidomide</i>	44	<i>linezolid</i>	37
LENVIMA 10 MG DAILY DOSE	48	<i>LINZESS</i>	15
LENVIMA 12MG DAILY DOSE	48	<i>liothyronine sodium</i>	20
LENVIMA 14 MG DAILY DOSE	48	<i>lisinopril</i>	8
LENVIMA 18 MG DAILY DOSE	48	<i>lisinopril/hydrochlorothiazide</i>	6
LENVIMA 20 MG DAILY DOSE	48	<i>lithium</i>	28
LENVIMA 24 MG DAILY DOSE	48	<i>lithium carbonate</i>	28
LENVIMA 4 MG DAILY DOSE	48	<i>lithium carbonate er</i>	28
LENVIMA 8 MG DAILY DOSE	48	<i>LIVTENCITY</i>	54
<i>lessina</i>	18	<i>lojaimies</i>	18
<i>letrozole</i>	46	<i>LOKELMA</i>	56
<i>leucovorin calcium</i>	45	LONHALA MAGNAIR REFILL KIT	32
LEUKERAN	44	LONHALA MAGNAIR STARTER KIT	32
<i>leuprolide acetate</i>	21	LONSURF	45
<i>levalbuterol</i>	32	<i>loperamide hydrochloride</i>	15
<i>levalbuterol hcl</i>	32	<i>lopinavir/ritonavir</i>	53
<i>levalbuterol hydrochloride</i>	32	<i>lorazepam</i>	36
LEVEMIR FLEXTOUCH	62	<i>lorazepam intensol</i>	36
<i>levetiracetam</i>	41	LORBRENA	48
<i>levetiracetam er</i>	41	<i>losartan potassium</i>	6
<i>levobunolol hcl</i>	26	<i>losartan potassium/hydrochlorothiazide</i>	6
<i>levocarnitine</i>	33	LOTEMAX	28
<i>levocetirizine dihydrochloride</i>	31	<i>loteprednol etabonate</i>	28
<i>levofloxacin</i>	27	<i>lovastatin</i>	7
<i>levofloxacin</i>	38	<i>loxapine</i>	52
<i>levofloxacin in d5w</i>	38	<i>lubiprostone</i>	15
<i>levonest</i>	18	LUMAKRAS	49
<i>levonorgestrel and ethinyl estradiol</i>	18	LUMIGAN	28
<i>levonorgestrel/ethinyl estradiol</i>	18	LUPRON DEPOT (1-MONTH)	21
<i>levora 0.15/30-28</i>	18	LUPRON DEPOT (3-MONTH)	21
<i>levo-t</i>	20	LUPRON DEPOT (4-MONTH)	21
<i>levothyroxine sodium</i>	20	LUPRON DEPOT (6-MONTH)	21
<i>levoxyl</i>	20	<i>lurasidone hydrochloride</i>	53
LEXIVA	53	LYBALVI	53
<i>l-glutamine</i>	62	LYNPARZA	49
LIBERVANT	39	LYSODREN	46
<i>lidocaine</i>	35	LYTGOBI	49
<i>lidocaine hcl</i>	35	<i>magnesium sulfate</i>	58
<i>lidocaine hcl jelly</i>	35	<i>malathion</i>	15
<i>lidocaine hydrochloride</i>	35	<i>maraviroc</i>	54
<i>lidocaine hydrochloride jelly</i>	35	<i>marlissa</i>	18
<i>lidocaine hydrochloride viscous</i>	12	MARPLAN	41
<i>lidocaine viscous</i>	12	MATULANE	44
<i>lidocaine/prilocaine</i>	35	<i>matzim la</i>	5
LILETTA	19	MAVYRET	54

ID de formulario: 25503, Versión: 14, Fecha efectiva: 08/01/2025

Ultima actualización: 08/01/2025

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
MAYZENT	10	<i>metoprolol succinate er</i>	4
MAYZENT STARTER PACK	10	<i>metoprolol tartrate</i>	4
<i>meclizine hcl</i>	43	<i>metoprolol/hydrochlorothiazide</i>	6
<i>medroxyprogesterone acetate</i>	19	<i>metronidazole</i>	13
<i>mefloquine hydrochloride</i>	51	<i>metronidazole</i>	37
<i>megestrol acetate</i>	19	<i>metronidazole vaginal</i>	37
MEKINIST	49	<i>metyrosine</i>	6
MEKTOVI	49	<i>mexiletine hydrochloride</i>	7
<i>meloxicam</i>	35	<i>mibelas 24 fe</i>	18
<i>memantine hcl titration pak</i>	3	<i>micafungin</i>	43
<i>memantine hydrochloride</i>	3	<i>miconazole 3</i>	43
<i>memantine hydrochloride er</i>	3	<i>microgestin 1.5/30</i>	18
<i>memantine/donepezil hydrochloride er</i>	3	<i>microgestin 1/20</i>	18
MENACTRA	25	<i>microgestin fe 1.5/30</i>	18
MENQUADFI	25	<i>microgestin fe 1/20</i>	19
MENTAX	15	<i>midodrine hydrochloride</i>	6
MENVEO	25	<i>mifepristone</i>	21
<i>mercaptopurine</i>	45	<i> miglitol</i>	60
<i>meropenem</i>	38	<i> miglustat</i>	62
<i>mesalamine</i>	9	<i> minocycline hcl</i>	39
<i>mesalamine dr</i>	9	<i> minocycline hydrochloride</i>	39
<i>mesalamine er</i>	9	<i> minoxidil</i>	8
<i>mesna</i>	46	<i> minzoya</i>	19
MESNEX	46	<i> mirabegron er</i>	16
<i>metformin hydrochloride</i>	60	<i> mirtazapine</i>	41
<i>metformin hydrochloride er</i>	60	<i> mirtazapine odt</i>	41
<i>methadone hcl</i>	34	<i> misoprostol</i>	16
<i>methazolamide</i>	26	<i> M-M-R II</i>	25
<i>methenamine hippurate</i>	37	<i> modafinil</i>	12
<i>methenamine mandelate</i>	37	<i> moexipril hydrochloride</i>	8
<i>methimazole</i>	21	<i> molindone hydrochloride</i>	52
<i>methotrexate</i>	24	<i> mometasone furoate</i>	14
<i>methotrexate sodium</i>	24	<i> mometasone furoate</i>	31
<i>methsuximide</i>	39	<i> mondoxyne nl</i>	39
<i>methylphenidate hydrochloride</i>	11	<i> montelukast sodium</i>	32
<i>methylphenidate hydrochloride er</i>	11	<i> morphine sulfate</i>	34
<i>methylphenidate hydrochloride er (cd)</i>	11	<i> morphine sulfate er</i>	34
<i>methylphenidate hydrochloride er (la)</i>	11	<i> MOUNJARO</i>	60
<i>methylphenidate hydrochloride er (osm)</i>	11	<i> MOVANTIK</i>	15
<i>methylprednisolone</i>	20	<i> moxifloxacin hydrochloride/sodium</i>	39
<i>methylprednisolone acetate</i>	20	<i>hydrochloride</i>	
<i>methylprednisolone dose pack</i>	20	<i> moxifloxacin hydrochloride</i>	27
<i>metoclopramide hcl</i>	15	<i> moxifloxacin hydrochloride</i>	39
<i>metoclopramide hydrochloride</i>	15	<i> MOZOBIL</i>	59
<i>metolazone</i>	8	<i> MRESVIA</i>	25

ID de formulario: 25503, Versión: 14, Fecha efectiva: 08/01/2025

Ultima actualización: 08/01/2025

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
MULTAQ	7	NICOTROL INHALER	28
<i>mupirocin</i>	15	NICOTROL NS	28
<i>mycophenolate mofetil</i>	24	<i>nifedipine er</i>	5
<i>mycophenolic acid dr</i>	24	<i>nikki</i>	19
MYORISAN	13	<i>nilotinib hydrochloride</i>	49
MYRBETRIQ	16	<i>nilutamide</i>	44
<i>nabumetone</i>	35	<i>nimodipine</i>	5
<i>nadolol</i>	4	NINLARO	49
<i>nafcillin sodium</i>	38	<i>nitazoxanide</i>	51
<i>naftifine hydrochloride</i>	43	<i>nitisinone</i>	62
<i>naloxone hcl</i>	29	<i>nitrofurantoin macrocrystals</i>	37
<i>naloxone hydrochloride</i>	29	<i>nitrofurantoin monohydrate/macrocrys</i>	37
<i>naltrexone hydrochloride</i>	29	<i>nitroglycerin</i>	8
NAMZARIC	3	<i>nitroglycerin</i>	15
<i>naproxen</i>	35	<i>nitroglycerin transdermal</i>	8
<i>naproxen dr</i>	35	NIVA THYROID	20
<i>naproxen sodium</i>	35	<i>norelgestromin/ethinyl estradiol</i>	19
<i>naproxen sodium cr</i>	35	<i>norethindrone acetate</i>	19
<i>naratriptan hcl</i>	3	<i>norethindrone acetate/ethinyl estradiol</i>	19
NATACYN	27	<i>norethindrone acetate/ethinyl</i>	19
<i>nateglinide</i>	60	<i>estradiol/ferrous fumarate</i>	
NAYZILAM	41	<i>nortrel 0.5/35 (28)</i>	19
<i>nebivolol hydrochloride</i>	4	<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>	42	<i>nortriptyline hcl</i>	42
<i>neomycin sulfate</i>	36	<i>nortriptyline hydrochloride</i>	42
<i>neomycin/bacitracin/polymyxin</i>	27	NORVIR	54
<i>neomycin/polymyxin/bacitracin zinc</i>	27	NOVOLIN 70/30	62
<i>neomycin/polymyxin/bacitracin/hydrocortis</i>	27	NOVOLIN 70/30 FLEXPEN	62
<i>one</i>		NOVOLIN N	62
<i>neomycin/polymyxin/dexamethasone</i>	27	NOVOLIN N FLEXPEN	62
<i>neomycin/polymyxin/gramicidin</i>	27	NOVOLIN R	62
<i>neomycin/polymyxin/hc</i>	33	NOVOLIN R FLEXPEN	62
<i>neomycin/polymyxin/hydrocortisone</i>	27	NOVOLOG	62
<i>neomycin/polymyxin/hydrocortisone</i>	33	NOVOLOG FLEXPEN	62
<i>neo-polycin</i>	27	NOVOLOG MIX 70/30	62
<i>neo-polycin hc</i>	27	NOVOLOG MIX 70/30 PREFILLED	62
NERLYNX	49	FLEXPEN	
NEUAC	13	NOVOLOG PENFILL	62
NEULASTA	59	<i>np thyroid 120</i>	20
NEULASTA ONPRO KIT	59	<i>np thyroid 15</i>	20
<i>nevirapine</i>	55	<i>np thyroid 30</i>	20
<i>nevirapine er</i>	55	<i>np thyroid 60</i>	20
NEXPLANON	19	<i>np thyroid 90</i>	20
<i>niacin er</i>	7	NUBEQA	44

ID de formulario: 25503, Versión: 14, Fecha efectiva: 08/01/2025

Ultima actualización: 08/01/2025

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
NUEDEXTA	11	OMNIPOD DASH PODS (GEN 4)	33
NULOJIX	24	OMNIPOD GO 10 UNITS/DAY	33
NUPLAZID	53	OMNIPOD GO 15 UNITS/DAY	33
NURTEC	3	OMNIPOD GO 20 UNITS/DAY	33
NUTRILIPID	33	OMNIPOD GO 25 UNITS/DAY	33
NUVESSA	37	OMNIPOD GO 30 UNITS/DAY	33
nyamyc	44	OMNIPOD GO 35 UNITS/DAY	33
nystatin	44	OMNIPOD GO 40 UNITS/DAY	33
<i>nystatin/triamcinolone</i>	13	<i>ondansetron hcl</i>	43
<i>nystatin/triamcinolone acetonide</i>	13	<i>ondansetron hydrochloride</i>	43
<i>nystop</i>	44	<i>ondansetron odt</i>	43
OCTAGAM	23	ONUREG	46
<i>octreotide acetate</i>	21	OPDIVO	45
ODEFSEY	56	OPIPZA	53
ODOMZO	49	<i>opium</i>	15
OFEV	30	<i>opium tincture</i>	15
<i>ofloxacin</i>	28	OPSUMIT	30
<i>ofloxacin</i>	33	OPVEE	29
OGSIVEO	46	<i>oralone dental paste</i>	12
OJEMDA	46	ORENCIA	22
OJJAARA	49	ORENCIA CLICKJECT	22
<i>olanzapine</i>	53	ORENITRAM	31
<i>olanzapine odt</i>	53	ORENITRAM TITRATION KIT MONTH	31
olmesartan medoxomil	6	1	
<i>olmesartan</i>	6	ORENITRAM TITRATION KIT MONTH	31
<i>medoxomil/amlodipine/hydrochlorothiazide</i>	6	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>	7	ORGOVYX	21
<i>omeprazole</i>	16	ORKAMBI	30
<i>omeprazole dr</i>	16	ORSERDU	45
OMNIPOD 5 DEXCOM G7G6 INTRO KIT (GEN 5)	33	<i>oseltamivir phosphate</i>	54
OMNIPOD 5 DEXCOM G7G6 PODS (GEN 5)	33	OSMOPREP	15
OMNIPOD 5 G7 INTRO KIT (GEN 5)	33	OSPHENA	17
OMNIPOD 5 G7 PODS (GEN 5)	33	OTEZLA	13
OMNIPOD 5 LIBRE2 PLUS G6 INTRO GEN 5	33	OTEZLA	22
OMNIPOD 5 LIBRE2 PLUS G6 PODS	33	<i>oxacillin sodium</i>	38
OMNIPOD CLASSIC PDM STARTER KIT (GEN 3)	33	<i>oxaprozin</i>	35
OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3)	33	<i>oxazepam</i>	36
OMNIPOD DASH INTRO KIT (GEN 4)	33	<i>oxcarbazepine</i>	40
OMNIPOD DASH PDM KIT (GEN 4)	33	<i>oxybutynin chloride</i>	17
		<i>oxybutynin chloride er</i>	17
		<i>oxycodone hydrochloride</i>	34
		<i>oxycodone/acetaminophen</i>	34
		OZEMPIC	60

ID de formulario: 25503, Versión: 14, Fecha efectiva: 08/01/2025

Última actualización: 08/01/2025

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>paclitaxel</i>	46	<i>pimecrolimus</i>	14
<i>paliperidone er</i>	53	<i>pimozide</i>	52
<i>PANRETIN</i>	51	<i>pindolol</i>	4
<i>pantoprazole sodium</i>	16	<i>pioglitazone hcl</i>	61
<i>paricalcitol</i>	9	<i>pioglitazone hcl/metformin hcl</i>	61
<i>paroxetine hcl</i>	42	<i>pioglitazone hcl-glimepiride</i>	60
<i>paroxetine hydrochloride</i>	42	<i>pioglitazone hydrochloride</i>	61
<i>PAXLOVID</i>	56	<i>piperacillin sodium/tazobactam sodium</i>	38
<i>pazopanib hydrochloride</i>	49	<i>PIQRAY 200MG DAILY DOSE</i>	49
<i>PEDIARIX</i>	25	<i>PIQRAY 250MG DAILY DOSE</i>	49
<i>PEDVAX HIB</i>	25	<i>PIQRAY 300MG DAILY DOSE</i>	49
<i>peg-3350/electrolytes</i>	15	<i>pirfenidone</i>	30
<i>peg-3350/electrolytes/ascorbate</i>	15	<i>piroxicam</i>	35
<i>peg-3350/nacl/na bicarbonate/kcl</i>	15	<i>pitavastatin calcium</i>	7
<i>peg-3350/sodium sulf/naclpotassium cl/na ascorbate/ascorbic</i>	15	<i>PLEGRIDY</i>	10
<i>PEGASYS</i>	23	<i>PLEGRIDY STARTER PACK</i>	10
<i>PEGASYS</i>	24	<i>PLENAMINE</i>	58
<i>PEMAZYRE</i>	49	<i>plerixafor</i>	60
<i>PENBRAYA</i>	25	<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 dextrose</i>	38	<i>POMALYST</i>	44
<i>PENICILLIN G SODIUM</i>	38	<i>portia-28</i>	19
<i>penicillin v potassium</i>	38	<i>posaconazole</i>	44
<i>PENTACEL</i>	25	<i>posaconazole dr</i>	44
<i>pentamidine isethionate</i>	51	<i>potassium chloride</i>	58
<i>pentoxifylline er</i>	6	<i>potassium chloride er</i>	58
<i>perampanel</i>	41	<i>potassium chloride/dextrose/sodium chloride</i>	58
<i>perindopril erbumine</i>	8	<i>potassium citrate er</i>	58
<i>periogard</i>	12	<i>PRALUENT</i>	7
<i>permethrin</i>	15	<i>pramipexole dihydrochloride</i>	4
<i>perphenazine</i>	52	<i>prasugrel hydrochloride</i>	59
<i>PERSERIS</i>	53	<i>pravastatin sodium</i>	7
<i>phenelzine sulfate</i>	41	<i>praziquantel</i>	51
<i>phenobarbital</i>	39	<i>prazosin hydrochloride</i>	4
<i>phenytek</i>	40	<i>prednicarbate</i>	14
<i>phenytoin</i>	40	<i>prednisolone</i>	20
<i>phenytoin sodium extended</i>	40	<i>prednisolone acetate</i>	28
<i>PHOSPHOLINE IODIDE</i>	26	<i>prednisolone sodium phosphate</i>	20
<i>PIFELTRO</i>	55	<i>prednisolone sodium phosphate</i>	28
<i>pilocarpine hcl</i>	27	<i>prednisone</i>	20
<i>pilocarpine hydrochloride</i>	12	<i>pregabalin</i>	39
<i>pilocarpine hydrochloride</i>	27	<i>PREHEVBARIO</i>	25
		<i>PREMARIN</i>	19

ID de formulario: 25503, Versión: 14, Fecha efectiva: 08/01/2025

Ultima actualización: 08/01/2025

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
PREMASOL	58	pyrazinamide	43
<i>premium lidocaine</i>	36	pyridostigmine bromide	4
PREMPHASE	19	pyridostigmine bromide er	4
<i>prenatal</i>	59	pyrimethamine	52
<i>prevalite</i>	7	PYRUKYND	62
PREVYMIS	54	PYRUKYND TAPER PACK	62
PREZCOBIX	54	QINLOCK	49
PREZISTA	54	QUADRACEL	25
PRIFTIN	43	<i>quetiapine fumarate</i>	53
<i>primaquine phosphate</i>	52	<i>quinapril hydrochloride</i>	8
<i>primidone</i>	39	<i>quinapril/hydrochlorothiazide</i>	6
PRIORIX	25	<i>quinidine gluconate cr</i>	7
PRIVIGEN	23	<i>quinidine gluconate er</i>	7
PROAIR RESPICLICK	32	<i>quinidine sulfate</i>	7
<i>probenecid</i>	9	<i>quinine sulfate</i>	52
<i>probenecid/colchicine</i>	9	QVAR REDIHALER	31
<i>prochlorperazine</i>	43	RABAVERT	25
<i>prochlorperazine edisylate</i>	43	<i>rabeprazole sodium</i>	16
<i>prochlorperazine maleate</i>	43	RADICAVA ORS	12
PROCIT	60	RADICAVA ORS STARTER KIT	12
PROCTOFOAM HC	13	RALDESY	42
<i>procto-med hc</i>	9	<i>raloxifene hydrochloride</i>	17
<i>proctosol hc</i>	9	<i>ramelteon</i>	12
<i>proctozone-hc</i>	9	<i>ramipril</i>	8
<i>progesterone</i>	20	<i>ranolazine er</i>	6
PROGRAF	24	<i>rasagiline mesylate</i>	4
PROLASTIN-C	62	RAYALDEE	9
PROLENSA	28	REBIF	10
PROLIA	9	REBIF REBIDOSE	10
PROMACTA	60	REBIF REBIDOSE TITRATION PACK	10
<i>promethazine hcl</i>	43	REBIF TITRATION PACK	10
<i>promethazine hydrochloride</i>	43	RECOMBIVAX HB	25
<i>promethazine hydrochloride plain</i>	43	RECTIV	15
<i>propafenone hcl</i>	7	RELENZA DISKHALER	54
<i>propafenone hydrochloride</i>	7	<i>repaglinide</i>	61
<i>propafenone hydrochloride er</i>	7	REPATHA	8
<i>propranolol hcl</i>	4	REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM	8
<i>propranolol hydrochloride</i>	5	REPATHA SURECLICK	8
<i>propranolol hydrochloride er</i>	5	RESTASIS	27
<i>propylthiouracil</i>	21	RESTASIS MULTIDOSE	27
PROQUAD	25	RETACRIT	60
PROSOL	58	RETEVMO	49
<i>protriptyline hcl</i>	42	REVCovi	63
PULMOZYME	30	REVLIMID	44
PURIXAN	45	REVUFORJ	46

ID de formulario: 25503, Versión: 14, Fecha efectiva: 08/01/2025

Ultima actualización: 08/01/2025

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
REXULTI	53	SAVELLA	10
REYATAZ	54	SAVELLA TITRATION PACK	10
REZLIDHIA	49	<i>saxagliptin hydrochloride</i>	61
REZUROCK	24	<i>saxagliptin hydrochloride/metformin</i>	61
RHOPRESSA	27	<i>hydrochloride er</i>	
<i>ribavirin</i>	54	SCEMBLIX	50
<i>rifabutin</i>	43	<i>scopolamine</i>	43
<i>rifampin</i>	43	SECUADO	53
<i>riluzole</i>	12	<i>selegiline hcl</i>	4
<i>rimantadine hydrochloride</i>	54	<i>selenium sulfide</i>	14
RINVOQ	22	SELZENTRY	54
RINVOQ LQ	22	SEREVENT DISKUS	32
<i>risedronate sodium</i>	9	<i>sertraline hcl</i>	42
<i>risedronate sodium dr</i>	9	<i>sertraline hydrochloride</i>	42
RISPERDAL CONSTA	53	<i>sevelamer carbonate</i>	57
<i>risperidone</i>	53	<i>sf 5000 plus</i>	12
<i>risperidone er</i>	53	<i>sharobel</i>	20
<i>risperidone odt</i>	53	SHINGRIX	26
<i>ritonavir</i>	54	SIGNIFOR	21
<i>rivaroxaban</i>	59	<i>sildenafil citrate</i>	31
<i>rivastigmine tartrate</i>	3	<i>silver sulfadiazine</i>	13
<i>rivastigmine transdermal system</i>	3	SIMBRINZA	27
<i>rizatriptan benzoate</i>	3	<i>simvastatin</i>	7
<i>rizatriptan benzoate odt</i>	3	<i>sirolimus</i>	24
ROCKLATAN	27	SIRTURO	43
<i>roflumilast</i>	32	SKYRIZI	22
ROMVIMZA	49	SKYRIZI PEN	22
<i>ropinirole er</i>	4	<i>sodium chloride</i>	58
<i>ropinirole hcl</i>	4	<i>sodium chloride 0.45%</i>	58
<i>ropinirole hydrochloride</i>	4	<i>sodium chloride 0.9%</i>	33
<i>rosadan</i>	13	<i>sodium fluoride</i>	12
<i>rosuvastatin calcium</i>	7	<i>sodium fluoride 5000 plus</i>	12
<i>rosyrah</i>	19	<i>sodium fluoride 5000 ppm</i>	12
ROTARIX	26	SODIUM OXYBATE	12
ROTATEQ	26	<i>sodium phenylbutyrate</i>	63
<i>roweepra</i>	41	<i>sodium polystyrene sulfonate</i>	56
ROZLYTREK	49	<i>sodium sulfate/potassium sulfate/magnesium</i>	15
RUBRACA	49	<i>sulfate</i>	
<i>rufinamide</i>	40	<i>sofosbuvir/velpatasvir</i>	54
RUKOBIA	54	<i>solifenacin succinate</i>	17
RYBELSUS	61	SOLTAMOX	45
RYDAPT	50	SOLU-CORTEF	20
<i>salsalate</i>	35	SOMATULINE DEPOT	21
SANTYL	13	SOMAVERT	21
<i>sapropterin dihydrochloride</i>	63	<i>sorafenib</i>	50

ID de formulario: 25503, Versión: 14, Fecha efectiva: 08/01/2025

Última actualización: 08/01/2025

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>sorafenib tosylate</i>	50	SYNAREL	21
<i>sorine</i>	7	SYNJARDY	61
<i>sotalol hcl</i>	7	SYNJARDY XR	61
<i>sotalol hydrochloride</i>	7	SYNRIBO	46
<i>sotalol hydrochloride (af)</i>	7	SYNTROID	20
SPIRIVA RESPIMAT	32	TABLOID	45
<i>spironolactone</i>	6	TABRECTA	50
<i>spironolactone/hydrochlorothiazide</i>	6	<i>tacrolimus</i>	14
SPRITAM	41	<i>tacrolimus</i>	25
SPRYCEL	50	<i>tadalafil</i>	16
<i>sps</i>	56	<i>tadalafil</i>	31
<i>ssd</i>	13	TAFINLAR	50
STAMARIL	26	<i>tafluprost</i>	28
STEQEYMA	22	TAGRISSO	50
<i>sterile water for irrigation</i>	33	TALZENNA	50
STIOLTO RESPIMAT	29	<i>tamoxifen citrate</i>	45
STIVARGA	50	<i>tamsulosin hydrochloride</i>	16
<i>streptomycin sulfate</i>	36	<i>tarina fe 1/20 eq</i>	19
STRIBILD	55	TASIGNA	50
STRIVERDI RESPIMAT	32	<i>tasimelteon</i>	12
<i>subvenite</i>	41	TAVNEOS	22
<i>subvenite starter kit/blue</i>	41	<i>taysofy</i>	19
<i>subvenite starter kit/green</i>	41	<i>tazarotene</i>	13
<i>subvenite starter kit/orange</i>	41	<i>tazicef</i>	38
SUCRAID	63	<i>taztia xt</i>	5
<i>sucralfate</i>	16	TAZVERIK	50
<i>sulfacetamide sodium</i>	28	<i>tdvax</i>	26
<i>sulfacetamide sodium</i>	39	<i>techlite insulin syringe u-100/0.5ml/30g x 1/2"</i>	33
<i>sulfacetamide sodium/prednisolone sodium phosphate</i>	27	TEFLARO	38
<i>sulfadiazine</i>	39	TEKTURNA HCT	6
<i>sulfamethoxazole/trimethoprim</i>	39	<i>telmisartan</i>	6
<i>sulfamethoxazole/trimethoprim ds</i>	39	<i>telmisartan/amlodipine</i>	6
SULFAMYLYON	15	<i>telmisartan/hydrochlorothiazide</i>	6
<i>sulfasalazine</i>	9	<i>temazepam</i>	12
<i>sulindac</i>	35	TENIVAC	26
<i>sumatriptan</i>	3	<i>tenofovir disoproxil fumarate</i>	56
<i>sumatriptan succinate</i>	3	TEPMETKO	50
<i>sumatriptan succinate refill</i>	3	<i>terazosin hcl</i>	16
<i>sunitinib malate</i>	50	<i>terazosin hydrochloride</i>	16
SUNLENCA	54	<i>terbinafine hcl</i>	44
SYMLINPEN 120	61	<i>terconazole</i>	44
SYMLINPEN 60	61	<i>teriflunomide</i>	10
SYMPAZAN	40	<i>teriparatide</i>	9
SYMTUZA	54	<i>testosterone</i>	17

ID de formulario: 25503, Versión: 14, Fecha efectiva: 08/01/2025

Última actualización: 08/01/2025

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>testosterone cypionate</i>	17	<i>trandolapril</i>	8
<i>testosterone enanthate</i>	17	<i>trandolapril/verapamil hcl er</i>	6
<i>testosterone pump</i>	17	<i>tranexamic acid</i>	59
TETANUS/DIPHTHERIA TOXOIDS- ADSORBED ADULT	26	<i>tranylcyromine sulfate</i>	41
<i>tetrabenazine</i>	12	TRAVASOL	58
<i>tetracycline hydrochloride</i>	39	<i>travoprost</i>	28
THALOMID	44	<i>trazodone hydrochloride</i>	42
<i>theophylline</i>	32	TRECATOR	43
<i>theophylline er</i>	32	TRELEGY ELLIPTA	29
<i>thioridazine hydrochloride</i>	52	TRESIBA	62
<i>thiothixene</i>	52	TRESIBA FLEXTOUCH	62
THYROID	20	<i>tretinoïn</i>	13
<i>tiadylt er</i>	5	<i>tretinoïn</i>	51
<i>tiagabine hydrochloride</i>	40	<i>tretinoïn microsphere</i>	13
TIBSOVO	50	TREXALL	25
TICOVAC	26	<i>triamcinolone acetonide</i>	14
<i>tigecycline</i>	37	<i>triamcinolone acetonide</i>	20
<i>timolol hemihydrate</i>	26	<i>triamcinolone acetonide dental paste</i>	12
<i>timolol maleate</i>	3	<i>triamterene</i>	8
<i>timolol maleate</i>	26	<i>triamterene/hydrochlorothiazide</i>	6
<i>timolol maleate ophthalmic gel forming</i>	26	<i>triazolam</i>	12
<i>tinidazole</i>	37	<i>trientine hydrochloride</i>	56
<i>tiopronin dr</i>	16	<i>trifluoperazine hcl</i>	52
TIVICAY	55	<i>trifluoperazine hydrochloride</i>	52
TIVICAY PD	55	<i>trifluridine</i>	28
<i>tizanidine hcl</i>	3	<i>trihexyphenidyl hcl</i>	4
<i>tizanidine hydrochloride</i>	3	<i>trihexyphenidyl hydrochloride</i>	4
TOBI PODHALER	30	<i>trimethoprim</i>	37
TOBRADEX ST	27	<i>trimipramine maleate</i>	42
<i>tobramycin</i>	28	TRINTELLIX	42
<i>tobramycin sulfate</i>	36	<i>tri-sprintec</i>	19
<i>tobramycin/dexamethasone</i>	27	TRITOCIN	14
<i>tolterodine tartrate</i>	17	TRIUMEQ	56
<i>tolterodine tartrate er</i>	17	TRIUMEQ PD	56
<i>topiramate</i>	41	<i>trivora-28</i>	19
<i>toremifene citrate</i>	45	TRIZIVIR	56
<i>torsemide</i>	8	TROPHAMINE	58
TOUJEO MAX SOLOSTAR	62	<i>trospium chloride</i>	17
TOUJEO SOLOSTAR	62	<i>trueplus insulin syringe /u-100/1ml/29g x</i>	33
TRACLEER	31	<i>1/2"</i>	
TRADJENTA	61	<i>trueplus pen needles 29gx12mm</i>	33
<i>tramadol hydrochloride</i>	35	TRULICITY	61
<i>tramadol hydrochloride er</i>	34	TRUMENBA	26
<i>tramadol hydrochloride/acetaminophen</i>	35	TRUQAP	50
		TRUSELTIQ	46

ID de formulario: 25503, Versión: 14, Fecha efectiva: 08/01/2025

Última actualización: 08/01/2025

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
TUKYSA	50	<i>verapamil hydrochloride</i>	5
TURALIO	50	<i>verapamil hydrochloride er</i>	5
<i>turqoz</i>	19	VERQUVO	8
TWINRIX	26	VERSACLOZ	52
TYBOST	54	VERZENIO	51
TYPHIM VI	26	VIBRAMYCIN	39
TYRVAYA	28	<i>vigabatrin</i>	40
UBRELVY	3	<i>vigadron</i>	40
UDENYCA	60	VIGAFYDE	40
UDENYCA ONBODY	60	<i>vigpoder</i>	40
<i>unithroid</i>	21	VIIBRYD STARTER PACK	42
<i>ursodiol</i>	15	<i>vilazodone hydrochloride</i>	42
<i>valacyclovir hydrochloride</i>	55	VIMKUNYA	26
VALCHLOR	44	VIRACEPT	54
<i>valganciclovir</i>	54	VIREAD	56
<i>valganciclovir hydrochloride</i>	54	VITRAKVI	51
<i>valproic acid</i>	41	VIVITROL	29
<i>valsartan</i>	6	VIVOTIF	26
<i>valsartan/hydrochlorothiazide</i>	6	VIZIMPRO	51
VALTOCO 10 MG DOSE	40	VONJO	46
VALTOCO 15 MG DOSE	40	VORANIGO	46
VALTOCO 20 MG DOSE	40	<i>voriconazole</i>	44
VALTOCO 5 MG DOSE	40	VOSEVI	55
<i>valtya 1/50</i>	19	VOWST	16
<i>vancomycin</i>	37	VRAYLAR	53
<i>vancomycin hcl</i>	37	VUMERTY	10
<i>vancomycin hydrochloride</i>	37	<i>vyfemla</i>	19
VANFLYTA	50	VYZULTA	28
VAQTA	26	<i>warfarin sodium</i>	59
<i>varenicline starting month</i>	28	WELIREG	63
<i>varenicline tartrate</i>	28	<i>wixela inhub</i>	29
VARIVAX	26	XALKORI	51
VAXCHORA	26	XARAH FE	19
<i>velivet</i>	19	XARELTO	59
VELPHORO	57	XARELTO STARTER PACK	59
VEMLIDY	56	XATMEP	25
VENCLEXTA	50	XCOPRI	40
VENCLEXTA STARTING PACK	50	XDEMVF	28
<i>venlafaxine hydrochloride</i>	42	XELJANZ	22
<i>venlafaxine hydrochloride er</i>	42	XELJANZ XR	22
VENTAVIS	31	<i>xelria fe</i>	19
VEOZAH	12	XERMELO	15
<i>verapamil hcl</i>	5	XGEVA	9
<i>verapamil hcl er</i>	5	XIFAXAN	16
<i>verapamil hcl sr</i>	5	XIGDUO XR	61

ID de formulario: 25503, Versión: 14, Fecha efectiva: 08/01/2025

Ultima actualización: 08/01/2025

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
XIIDRA	27
XOFLUZA	54
XOLAIR	22
XOSPATA	51
XPOVIO	51
XPOVIO 60 MG TWICE WEEKLY	51
XPOVIO 80 MG TWICE WEEKLY	51
XTANDI	44
<i>xulane</i>	19
YARGESA	63
YERVOY	45
YESINTEK	23
YF-VAX	26
<i>yuvafem</i>	19
<i>zafemy</i>	19
<i>zafirlukast</i>	32
<i>zaleplon</i>	12
ZARXIO	60
ZEJULA	51
ZELBORAF	51
ZENATANE	13
ZENPEP	63
ZEPOSIA	10
ZEPOSIA 7-DAY STARTER PACK	10
ZEPOSIA STARTER KIT	10
<i>zidovudine</i>	56
<i>ziprasidone hcl</i>	53
<i>ziprasidone mesylate</i>	53
ZIRGAN	28
<i>zoledronic acid</i>	9
ZOLINZA	46
<i>zolpidem tartrate</i>	12
ZONISADE	40
<i>zonisamide</i>	40
ZOSYN	38
<i>zovia 1/35</i>	19
ZTALMY	40
ZURZUVAE	41
ZYDELIG	51
ZYKADIA	51
ZYPREXA RELPREVV	53

ID de formulario: 25503, Versión: 14, Fecha efectiva: 08/01/2025

Ultima actualización: 08/01/2025

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



Este formulario se actualizó el 01 de agosto de 2025.

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



1 Wellness Way
Canton, MA 02021